<u>בבית המשפט המבוים בהרצליה</u>
בשבתו כבית המשפט הגבוה לצדק

בג"ץ 1347/20
בפני הרכב השופטים:
כב' השופט נעם סולברג
ד"ר אורן אסמן
עו"ד מירה היבנר-הראל

עמותת "קול אדם"
ע"י ב"כ שני ארד
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "**העותרת**")

- נגד -

שר הבריאות
ע"י ב"כ שני שוופי
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "**המשיב**")

<u>עיקרי טיעון מטעם המשיב</u>

המשיב מתכבד בזאת להגיש את תגובתו לעתירה למתן צו על תנאי שהוגשה לבית משפט נכבד זה, שעניינה להורות על תיקון תקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 (להלן גם: "**התקנות**") באופן שיורו על הפרדת החולים המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים מתוקף צו בית משפט בהליכים פליליים, מיתר החולים המאושפזים לפי חוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (להלן: "**חוק הטיפול**"). בית משפט נכבד זה מתבקש לדחות את העתירה שלפניו, לנוכח כל אחד מן הטעמים שיפורטו בתגובה זו, ולאור בחינת משקלם המצטבר גם יחד.

יובהר כי לבית המשפט הנכבד הוגשה תגובה מנומקת, אשר מפרטת את כל טענות המשיב. טיעונים אלה כוללים הפניה לאסמכתאות משפטיות רלוונטיות. משכך, עיקר טיעוני התגובה המובאים להלן הם בבחינת "תמצית" החומר הכתוב ויש לקראם בצוותא עם האסמכתאות המדוברות וכתב התגובה.

שני שוופי, ב"כ המשיב

א. <u>פתח דבר</u>

1. הלוקה בנפשו, ככל אדם, הוא אדם בעל זכויות יסוד המתחייבות מכללי היסוד של השיטה ומן הדין. לעיתים קרובות אין הוא יכול להגן על עצמו, ולכן החברה נדרשת לעשות זאת במקומו (**פרשת וילנצ'יק**).

2. העותרת מבססת את עתירתה על מקרה שאירע במחלקת האשפוז בבית החולים הפסיכיאטרי, שבו הייתה מעורבת גב' אורלי אברהם. על אודות המקרה שמעה העותרת במהלך ביקור תקופתי בבית החולים הפסיכיאטרי שבו שהתה אורלי. לטענת המשיב, הדבר אינו מעיד על הכלל, והמקרה שאירע אינו מחייב את השר לתקן את התקנות ולהפריד בין המסלולים.

3. העותרת מבקשת מבית המשפט הנכבד לצוות על המשיב להתקין תקנה שלפיה יופרדו המאושפזים במסלול הפלילי מיתר המאושפזים, לשם הגנה על שלומם של המאושפזים במסלול האזרחי (להלן: "**ההסדר המוצע**"). העותרת מבססת את נימוקיה על הפגיעה הנטענת בזכות לשלמות הגוף ובשמירה על כבוד האדם של המאושפזים במסלול האזרחי. לטענת המשיב חובתו להגן על זכויותיהם של <u>כלל</u> המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים, ללא הבחנה בין מאושפזי ההליך הפלילי ומאושפזי ההליך האזרחי, ולהבטיח שלא ייפגעו.

עוד לטענת המשיב, סמכותו ואחריותו כגורם מִנהלי, כפי שהעותרת עצמה חוזרת וטוענת, היא שמחייבת את המשיב לנהוג בשוויון ושלא לקבוע מדיניות החותרת לפגיעה בזכויות אדם. המשיב סבור כי יש לדחות את העתירה על כל הסעדים המבוקשים בה. לשיטתו ההסדר המוצע פוגע בזכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לכבוד ובזכותם לשוויון. המשיב רואה בהצבת המטופל במרכז ערך עליון ופועל רבות למיגור האלימות בבתי החולים בישראל ולהגנה על המאושפזים בהם. נוכח האמור, יש לפעול ברוח הדברים שקבע כב' השופט סולברג בפרשת **עמיחי גבאי** (בג"ץ 3577/19 **עמיחי גבאי נ' משרד הבריאות, שר הבריאות** פס' 11 לפסק-דינו של כב' השופט סולברג (פורסם בנבו, 03.09.2019):

> "אין טעם להורות למשרד הבריאות לקיים תהליך שכבר החל בו; לבטח שאין מקום להכתיב למשרד הבריאות מהם השינויים הנדרשים, שכן מדובר בסוגיות מקצועיות המצויות בליבת שיקול דעתו המקצועי של המשרד".

4. ככל שבית משפט נכבד זה יקבל את טענת העותרת כי ההסדר המוצע במהותו איננו פוגע בזכות לשוויון של המאושפזים, יעמוד המשיב על חוסר המידתיות שבה לוקה ההסדר המוצע על ידי העותרת, ובין היתר על עלותו הנרחבת, שלא לצורך. עוד לטענת המשיב, אין בסמכותו לקבוע את ההסדר המוצע בהיותו הסדר המנוגד לחקיקה ספציפית אחרת המגינה על זכויות המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים.

5. לטענת המשיב העותרת לא הצליחה לבסס את עתירתה על עובדות, המגובות בנתונים, והמצדיקות את כפייתו של ההסדר המוצע על המשיב ועל בתי החולים הפסיכיאטריים, וכי להם הידע והסמכות להפעיל שיקול דעתם המקצועי, וכך נהגו עד היום.

ב. <u>רקע ונתונים</u>

6. נכון לשנת 2018 מספר המאושפזים בכפייה במסלול האזרחי עמד על סך כולל של כ-7,700 איש. 6,062 אושפזו בהוראת פסיכיאטר, ו-1,618 אושפזו לפי חוק הטיפול. זאת לעומת 16,052 איש שאושפזו בהסכמה באותה שנה. בין השנים 2006-2016 עמד מספר צווי ההסתכלות על 1,350-1,800 צווים בשנה. כאשר בית משפט מורה על בדיקה פסיכיאטרית אמבולטורית (חוות דעת פסיכיאטרית משפטית העוסקת במצב הנפשי של הנבדקים, באחריותם ובמסוגלותם לעמוד לדין), היא מתבצעת לרוב בחדר

המיון או במרפאה בבית חולים פסיכיאטרי. אם הודיע הפסיכיאטר המחוזי לבית המשפט כי לא ניתן לערוך את הבדיקה אלא בתנאי אשפוז, בית המשפט רשאי להוציא צו אשפוז לשם הסתכלות לתקופה שימצא לנכון. כשעצור או חשוד מגיעים להסתכלות בבית חולים פסיכיאטרי, בית החולים מוסמך לבצע הערכה של המסוכנות הנובעת מאותו אדם, ואם הוא נמצא בסיכון גבוה – על בית החולים לאשפזו לפי הנוהל הנוגע למטופלים בסיכון גבוה של משרד הבריאות (סעיף 46 לחוק, וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 10/2018 "הגבלה מכנית ובידוד מטופלים באשפוז פסיכיאטרי" (1.4.2018) (להלן: "**חוזר המנכ"ל**").

7. המשיב מעוניין להדגיש שכבר כעת, בכמה בתי חולים פסיכיאטריים מתבצעת ההסתכלות ב"מחלקה משפטית" נפרדת.

8. השוואה מעניינת לצורך דיון זה היא המצב הקיים בבריטניה. שם מעמדו של המאושפז במסלול הפלילי זהה לזה של המאושפז במסלול האזרחי, והם מאושפזים באותה מערכת לטיפול בחולי נפש (Mental Health Act 1983). שיטה זו, המקובלת גם בישראל, מאפשרת לטיפול הרפואי להישאר ניטרלי ולא להוות חלק ממערכת הענישה הפלילית. רק במקרה של מסוכנות ניתן להגיש תביעה להרחקה בשל מסוכנות המאושפז הספציפי, כלומר יש צורך בהחלטה שיפוטית הגוזרת על המטופל הרחקה והפרדה.

9. כך גם במדינת ישראל, שכבר בשנותיה הראשונות אימצה את תפיסת המשפט המקובל שלפיה אין לראות בחולה הנפש אחראי למעשיו ואין להענישו בשל מחלתו. נמצא שאין מקום להטיל על אדם אחריות למעשיו כשהוא אינו מסוגל לכוון את התנהגותו מתוך רצון חופשי וכשהוא נעדר היסוד הנפשי הדרוש.

10. גם בארצות הברית, מעודד המחוקק את מערכת בריאות הנפש להתמקד בזיהוי מוקדם, בטיפול בגורמי סיכון ובשמירת הרצף הטיפולי. בין יתר הרפורמות, קידם יוזמה להעברת אסירים הסובלים מתחלואה נפשית מבתי הסוהר למוסדות טיפול ושיקום. כך יבוצע באסירים טיפול ראוי החולים וללא הבחנה.

11. למרות שורה של פעולות שננקטו לאורך השנים, ובהן הכנת תוכניות מניעה ממשלתיות, אלימות במערכת הבריאות ממשיכה להוות תופעה מדאיגה. בניסיון להתמודד עם תופעה זו, בשנת 2017 הקים המשיב עם מנכ"ל משרד הבריאות את **הוועדה למיגור והתמודדות עם אלימות במערכת הבריאות**, שעמלה על גיבוש תוכנית פעולה והמלצות במשך כחצי שנה. הפרדת המאושפזים במסלול הפלילי אינה אחת מדרכי ההתמודדות עם אלימות בבתי החולים הפסיכיאטריים, לא רק לדעת המשיב, אלא גם לדעת הוועדה. הצעתה להפחתת הקרימינליזציה של המערכת הפסיכיאטרית פירושה דווקא להימנע ממצב של הפרדת המאושפזים בשל רקע פלילי ולהימנע מהפיכת המערכת הפסיכיאטרית לתחליף לענישה פלילית. גם ההמלצה להתקין תקנות מותאמות לסוגי המחלקות הקיימות (פתוחה, סגורה, ממושכת, משפטית וכו') מלמדת שאין הכוונה לשנות את סוגי המחלקות אלא להתאים את התקינה לאלה הקיימות. זאת בשל מאפייניו השונים של כל בית חולים.

12. ההתמודדות עם אלימות מטופלים היא קשה, משום שברוב ההפרעות הפסיכיאטריות גילויי אי שקט, סף תסכול נמוך ואלימות הם סימפטומים שכיחים. עם זאת, מנתוני משרד הבריאות עולה כי חלקם של המאושפזים במסלול הפלילי במקרי האלימות בבתי החולים הפסיכיאטריים אינו גדול כלל ועיקר. בשנת 2016 אירעו 288 מקרי אלימות במרכז לבריאות הנפש מזור, ומהם 14 מקרים בלבד התרחשו במחלקת הפסיכיאטריה המשפטית (בה שוהים המאושפזים במסלול הפלילי). בינואר עד מרץ 2017 לא אירע שום מקרה אלימות במחלקת הפסיכיאטריה המשפטית במרכז זה. משכך, לא ניתן לקבל את טענת העותרת שהמקור העיקרי של מקרי האלימות הוא במאושפזים במסלול הפלילי. **העותרת לא הצליחה לבסס**

הבחנה במאפייני האלימות בין המאושפזים במסלול הפלילי למאושפזים במסלול האזרחי באופן שיעלה לכדי הבחנה רלוונטית המאפשרת הפרדה וסטייה מעקרון השוויון.

ג. <u>המסגרת הנורמטיבית</u>

13. הזכות החוקתית לכבוד האדם מעוגנת ב**חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו**. ביסודה עומדת ההכרה כי האדם הוא יצור חופשי, המפתח את גופו ואת רוחו על פי רצונו בחברה שבה הוא חי. זהו אגד של זכויות ששמירתן נדרשת כדי לקיים את הכבוד. אגד זה של זכויות מוענק לכל אדם באשר הוא אדם, והלוקה בנפשו איננו חריג. על כן תמיד יש לנקוט את האמצעי המגשים את המטרה הראויה של טיפול בחולה והגנה על שלום הציבור, ושפגיעתו בחולה הנפש היא הקטנה ביותר (**פרשת וילנצ'יק**).

14. **הזכות החוקתית לשוויון** הוכרה בפסיקה הישראלית כזכות-בת של הזכות לכבוד האדם לפי הנוסחה האריסטוטלית, שוויון הוא יחס שווה לשווים ויחס שונה לשונים על פי מידת השוני ביניהם. אך השוויון אינו מחייב זהות. כך פגיעה בשוויון עשויה להתבטא ביצירת פער בין שתי קבוצות, היוצר תחושת אפליה, שיש לה קשר הדוק לכבוד האדם, במובן זה שהיא פוגעת בכבודם של חברי הקבוצה החשה מופלית. **לטענת המשיב, כל פעולה הדומה להסדר המוצע, יש בה כדי ליצור הפרדה אסורה, תחושת אפליה בין אוכלוסיות המאושפזים ויצירת פער ביניהן. אלה אינם עולים בקנה אחד עם הזכות לשוויון.**

15. מכוח חוק הטיפול מתאפשר אשפוז באחד משני מסלולים נפרדים של אשפוז בכפייה. עם זאת, ההפרדה היא רק באופן הפרוצדורלי, המשפטי, שדרכו מגיעים המטופלים לבית החולים לצורך אשפוזם. משנכנסו בשערי בית החולים, חובת המערכת בכלל, וחובתו של המשיב בפרט, היא לנהוג בהם בשוויון. ניתן גם לעמוד על זהות מטרת האשפוז בשני המסלולים: לאבחן את האדם הלוקה בנפשו או לטפל בו. ההבדל העיקרי בין המסלולים הוא בבעלי הסמכות הקובעים בכל מסלול את הסידורים המנהליים הנוגעים בפתיחת ההליך, בהמשכו ובסיומו. במסלול האזרחי הסמכות העיקרית נתונה בידי פסיכיאטרים מחוזיים, ואילו במסלול הפלילי זהו בית המשפט המורה על האשפוז, סיומו ודן במצבו של החולה.

ד. <u>ההסדר המוצע פוגע בזכויות</u>

16. תיקון התקנות על פי ההסדר המוצע יפגע בזכויות יסוד של המאושפזים במסלול הפלילי ביניהן הזכות לשוויון. לכל הפחות ההסדר הקיים הוא מידתי ושומר באופן מספק על זכויותיהם של כלל המאושפזים, ובשל כך יש לדחות את העתירה ולהותיר את המצב הנוכחי על כנו.

17. הצורך לאבחן או לטפל בו בדרך של אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי מצריך שיטת אפיון וטיפול דומה בכל חולה הבא לטיפול בבית החולים. על כן הטיפול הפסיכיאטרי שלו זכאים המאושפזים, וכן תנאי אשפוזם, חייבים להיקבע באופן מקצועי בלבד, ואין להבחין בין מאושפזים המגיעים לבית החולים במסלול הפלילי לבין אלה המגיעים במסלול האזרחי. בשתי הקבוצות מדובר באנשים בעלי מחלה נפשית או הנמצאים בהסתכלות פסיכיאטרית שנדרש לאשפזם.

18. על כך יש להוסיף גם את חזקת החפות של החולים המאושפזים מתוקף צו פלילי, המהווה נקודת מוצא בכל דיון פלילי, ולפיה אדם אינו אשם בפלילים אלא אם הוכחה אשמתו מעל לכל ספק סביר. חזקת החפות אף נתפסת כנגזרת של כבוד האדם, ועל כן כזכות-בת חוקתית. חזקה זו חלה גם על חשודים ועל עצירים המאושפזים במסלול הפלילי (בייחוד בשלב ההסתכלות), שנתפסים כמי שנהגו כחוק ואינם חשופים לענישה או לסנקציה. על כן יטען המשיב כי **אין סיבה ממשית להבחנה הבינארית בין המאושפזים, המבוקשת על ידי העותרת בעתירתה, וזאת גם לעניין המסוכנות הנובעת מהם**.

19. טיעוני העותרת מבוססים על הנחה מוטעית שרק המאושפזים במסלול הפלילי אלימים וכי המאושפזים במסלול האזרחי זקוקים להגנה מפניהם. אין לשלול את האפשרות כי מאושפז במסלול האזרחי יהיה מסוכן במידה זהה או דומה לזו של המאושפז במסלול הפלילי, מכיוון שאם אושפז בכפייה, אושפז בשל סכנה לעצמו או לסביבתו. כך גם עולה מנתוני משרד הבריאות שהוצגו לעיל. **אין להניח באופן גורף כי מסוכנות רבה יותר נובעת מהמאושפזים במסלול הפלילי**, כפי שמציע ההסדר המוצע, שכן יש בכך יחס שונה למי שאינם שונים. אם היה המשיב נאות לבקשתה של העותרת, היה חוטא בפעולה שרירותית.

20. פרשנות הוראות חוק הטיפול לצד הוראות חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו מחייבת פעולה שוויונית, תמיד, ולא רק כאפשרות. מן הכלל אל הפרט, בהיעדר התנהגות אלימה של המאושפז, אין לאפשר את הפרדתו מיתר המאושפזים, ובוודאי אין לאפשר הפרדה גורפת בין המסלולים, ללא הבחנה בין מחלות הנפש השונות, מסוכנות המאושפז, המעשה שביצע ונסיבותיו והשלב בהליך הפלילי שבו הוא נמצא.

21. ההסדר המוצע יוצר היררכיה בין המאושפזים, כשהוא מפריד את המאושפזים במסלול הפלילי מיתר המאושפזים ובכך פוגע בזכות לשוויון, פגיעה שאינה חוקתית. עלינו להיזהר מנקיטת גישה המדרגת את המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטרים, שכן זה עלול להיות מדרון חלקלק של הפרדה בין סוגי מאושפזים והענקת טיפול שונה, שלא לצורך. הדרה כזו של המאושפזים במסלול הפלילי בתקנות מייחסת להם מעמד נחות ומהווה השפלה עמוקה לקורבן ההפליה. גם אם נפעל להעניק את אותו הטיפול בכל אחד מהמסלולים, מדובר בהבחנה ובהפרדה, שהן כשלעצמן אסורות ואינן מקובלות (**פרשת עדאלה**). **משאין צורך אמיתי לנקוט דרכי טיפול שונות, והמערכת הרפואית אינה מבחינה בין המטופלים, אין צורך בהפרדה שניתן יהיה לעמוד מאחוריו**. לעומת זאת, ההסדר הקיים, מאפשר לערוך בדיקה אינדיבידואלית של המסוכנות הנובעת מכל מאושפז, מהווה יחס שווה ומכבד לכל המאושפזים, ואינו מפריד בצורה גורפת בין קבוצות מאושפזים.

22. לאור חזקת החפות החלה על המאושפזים במסלול הפלילי, היעדר הזהות ביניהם והיעדר האחריות של החולים למעשיהם, **המסקנה היא כי אין בסיס לטענה כי כל המאושפזים במסגרת ההליך הפלילי מסוכנים במידה זהה, ואינם יכולים לשהות במחיצת מאושפזים במסלול האזרחי**.

23. מעמדם של "הנוסעים" במסלול הפלילי קשה הימנו, ולעומתו "נוח לו למטופל" במסלול האזרחי (**פרשת פלוני נ' מ"י**). לכן אין להקשות עוד יותר על "הנוסעים" במסלול הפלילי ולהפרידם בתקנות מיתר המאושפזים, דבר העלול לפגוע ברוחם וברצונם להחלים ולהשתלב בחברה, שדוחקת אותם אל שוליה.

24. ההסדר המוצע אף פוגע **<u>בזכות לשם טוב</u>**. הפרדת המאושפזים במסלול הפלילי מעמיקה את התווית השלילית הקיימת, לדאבוננו, בנוגע לחולי נפש בחברה. האשפוז במחלקה נפרדת שתיועד למאושפזים במסלול הפלילי תהיה מעין אות קלון נוסף שיישא אותו מאושפז לאחר היציאה מהאשפוז, שיגרור יחס שלילי יותר מזה שכבר קיים כלפי המאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי. תוצאה זו אינה מתיישבת עם הרצון לשקם את הלוקה בנפשו בקהילה (סעיף 1 לחוק שיקום נכי נפש בקהילה, ערך המגשים את כבוד האדם של הלוקה בנפשו, ועם התפיסה המשפטית בעניין היעדר אחריותו הפלילית של הלוקה בנפשו. כך פוגעת היא בזכותו לשם טוב של מי שאינו מואשם בפלילים, אך ייתפס בחברה כעבריין שלא לצורך, אך בשל קביעת מקום אשפוזו בתקנות, ואף ללא הוכחת מסוכנות יתרה הנובעת ממנו.

25. הדרת המאושפזים במסלול הפלילי תקבע סטיגמה, תקפחם ותפגע בטיפול עד כדי הסבת נזק לחולי הנפש. **תיקון התקנות לבקשת העותרת תעצים את הפגיעה האינהרנטית בשמם הטוב של המאושפזים במסלול הפלילי, המלווה לצערנו את ההליך הטיפולי שהם עוברים**.

ה. <u>ההסדר המוצע אינו מידתי</u>

26. על פי העותרת, תכלית ההסדר המוצע היא להגן על שלמות הגוף של המאושפזים במסלול האזרחי. אין חולק כי תכלית זו ראויה, שכן הגנה על זכויות יסוד היא יעד חברתי חשוב העולה בקנה אחד עם עקרונות היסוד של השיטה, המגינים על זכויות אדם. אך זה המקום לציין כי מטרתם של חוק זכויות החולה, וחוק הטיפול הן להגן על זכויותיהם של **כל** המטופלים הבאים בשערי בית החולים, מבלי להעדיף את זכויותיהם של מאושפזים מסוימים על חשבון אחרים. אין להתכחש למצוקתם של לוקים בנפשם עקב שהותם במחיצת אחרים הנמצאים במצוקה, אך מטבע הדברים הדבר עלול להתרחש גם במחיצת מאושפזים במסלול האזרחי, וזה חלק משיטת הטיפול המקובלת בישראל, שאינה מבודדת את כלל המאושפזים ותופסת את הבידוד כמוצא אחרון (סעיף 1 ל**חוזר המנכ"ל**).

27. כחלק מתוכנית אסטרטגית של משרד הבריאות, שכינויה "המטופל כאדם במרכז", ערך המשרד בשנת 2016 סקר חוויית מטופל במרכזים לבריאות הנפש. מנתוני הסקר עולה כי 78% מהנשאלים מרוצים מהתנאים הפיזיים בבית החולים שבו הם שוהים, ואף 90% מהנשאלים מרוצים מטיפול הצוות. כך, 68% שבעי רצון כללית מהאשפוז הפסיכיאטרי ו-76% העידו שהם נכונים להמליץ על בית החולים. נתונים אלה מצביעים על הקפדה על זכותם של המאושפזים לטיפול נאות, על אף האילוצים התקציביים שבהם נתקל משרד הבריאות והקשיים הטבעיים הנובעים מאשפוז בכלל, ומאשפוז בכפייה בפרט.

28. ההסדר הקיים בחוזר המנכ"ל מיישם את הוראות סעיף 1 לחוק זכויות החולה, שמטרתו להגן על כבודו ופרטיותו של המטופל. חוזר המנכ"ל מאפשר הענקת טיפול רפואי גם למי שנשקפת מהם סכנה ומוגדרים כ"מטופלים בסיכון גבוה" ובכך הוא מיישם את הוראות סעיף 3(א) לחוק בדבר זכותו של כל אדם לקבלת טיפול רפואי. בנוסף נוהג הוא על- פי כלל איסור ההפליה של מטפל או מוסד רפואי (סעיף 4 לחוק), כאשר הוא מאפשר להקנות טיפול שונה רק על בסיס המסוכנות הנובעת מהמאושפז ולא על בסיס קריטריונים מפלים. ההסדר הקבוע בחוזר המנכ"ל מבטיח הענקת טיפול רפואי נאות שמירה על הרמה המקצועית והאיכות הרפואית של האשפוז הפסיכיאטרי (סעיף 5 לחוק), תוך הרחקתם של מי שישנו חשש שיפגעו במאושפזים אחרים ובכך יפגמו ברמת הטיפול. זאת, תוך הענקת יחס אנושי למאושפזים ושמירה על כבודם, תוך הדרתם רק אם נשקפת מהם סכנה למאושפזים אחרים או לעצמם.

29. **הפרדת המאושפזים במסלול הפלילי עשויה לפגוע באפשרות לשקמם ולשלבם בקהילה** (סעיף 1 לחוק השיקום). כבר נפסק כי האשפוז הכפוי מטיל סטיגמה בנאשם-חולה-הנפש אף זמן רב לאחר ששוחרר מבית החולים" (**פרשת פלוני**). קל וחומר שההפרדה תיצור סטיגמה שעלולה לפגום בסיכוייו של המאושפז במסלול הפלילי להשתלב בקהילה לאחר אשפוזו. הדבר מצער במיוחד אם המאושפז הופרד שלא לצורך. על כן על הפרדתו של מאושפז מיתר המאושפזים להיעשות על בסיס הבחנה מקצועית של מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים ולפי שיקול דעתם, ואין לקבוע הסדר גורף בהקשר זה.

30. **<u>מבחן הקשר הרציונלי</u>** על אף טענות העותרת, אין בהפרדתם של המאושפזים במסלול הפלילי מיתר המאושפזים, באמצעות תיקון התקנות, כדי להגשים את המטרה של שמירה על שלמות גופם של <u>כלל המאושפזים</u>. לא ניתן לאפיין באופן חד-משמעי את המאושפזים במסלול האזרחי כלא-אלימים, ועל כן אין הכרח שהפרדת המאושפזים במסלול הפלילי באופן גורף תפחית את האלימות בבתי החולים, כל-שכן את האלימות כלפי <u>כל</u> המאושפזים. לעומת זאת, האמצעים המידתיים שנוקט המשיב הם דווקא אלה המקיימים קשר רציונלי למטרה של שמירת שלמות הגוף של החולה המאושפז. הגברת האבטחה והפרדת מאושפזים מהם נשקפת רמת מסוכנות גבוהה והעלולים לפגוע במאושפזים סביבם, הן אמצעים פרטניים המאפשרים אבחון מדויק יותר של הצורך הטיפולי ושמירה על בטחון כלל המאושפזים.

31. אף אם נניח כי קיים קשר רציונלי כטענת העותרת, **אין זה אמצעי ראוי**, משום שכאמור הוא פוגע בזכות של המאושפזים במסלול הפלילי לשוויון ובזכויות נוספות. כדי לנקוט אמצעי כזה, נחוצה הסתברות ברמת ודאות גבוהה שהאמצעי ישיג את המטרה, הסתברות שלדעת המשיב לא הוכחה על ידי העותרת.

32. נפסק כי אמצעי חקיקתי עשוי להיות בלתי חוקתי אם החסרונות הנגרמים לפרט בעקבותיו עולים במשקלם על היתרונות הצומחים ממנו לחברה (**פרשת לשכת מנהלי ההשקעות**). לפיכך, ולנוכח חסרונותיו הרבים של ההסדר המוצע, הבאים לידי ביטוי בעלויות גבוהות שיגרעו מתקציב משרד הבריאות, היעדר כוח אדם בשל הטיפול המקביל במספר רב יותר של מחלקות ופגיעה במאושפזים במסלול הפלילי, וללא צפי לשיפור ממשי בביטחונם של המאושפזים במסלול האזרחי, המשיב אינו רואה לנכון לבחון בשטח את ההסדר המוצע (למשל על ידי ביצוע פיילוט). כמו כן העתירה מתעלמת מן הסכנה האפשרית הנשקפת גם מהמאושפזים במסלול האזרחי, שיוזכר שחלקם מאושפזים בכפייה עקב מסוכנותם לעצמם או לסביבתם, ובכך עלולים גם הם לנטות לאלימות.

33. יתרה מזו, הקמת מחלקות נפרדות לא בכל בתי החולים הפסיכיאטריים תחייב את העברתם של מאושפזים לאזורים שאינם קרובים לביתם, דבר שיקשה על ביקורים וקרבה לקהילה ולמשפחה, שהם תנאי חשוב להצלחת הטיפול (נוהל עבודה עם משפחות של מטופלים באשפוז פסיכיאטרי, ו**פרשת צביאל רופא**).

34. **<u>מבחן האמצעי שפגיעתו הפחותה ביותר</u>**: מבין האמצעים הרציונליים המגשימים את המטרה הראויה, על הרשות המנהלית לבחור באמצעים המגבילים את הזכות החוקתית במידה הפחותה ביותר. ההסדר הקיים מאפשר בדיקה פרטנית של מסוכנות המאושפז והרחקתו בעת הצורך, ובכך אינו פוגע בזכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לכבוד ולשוויון. כל הסדר אחר יהווה כאמור הסדר גורף אסור. במקרה דנן לא זו בלבד שישנו אמצעי שפגיעתו בשוויון פחותה, המהווה תחליף ראוי להפרדה הגורפת, אלא שזהו <u>ההסדר הקיים</u>. הסדר זה מחזק את השמירה על זכויות המאושפזים, כשהוא מחייב לנמק בכל החלטה הקובעת מתן טיפול שונה למאושפז, את הנסיבות המחייבות זאת.

35. במסגרת מבחן המידתיות, יש לעמוד גם על עלותו הכספית של ההסדר המוצע ועל העול הכלכלי שהוא עשוי להטיל על המדינה. כבר נפסק כי **פער ניכר בעלות בין האמצעי שבו בחרה המדינה לבין האמצעי החלופי שמציעה העותרת**, **עשוי להוציא את האמצעי החלופי מגדר האמצעים שנקיטתם אפשרית**. זאת משום ש"על האמצעי החלופי לדמות לזה שנבחר בכל היבטיו, זולת במידת הפגיעה שהוא מסב לזכות המוגנת" (**פרשת גלאון**). ההסדר המוצע יביא עמו עלויות רבות למשיב ולמדינה, הכוללות בין היתר עלויות הקמת מרכזים נוספים לבריאות הנפש או מחלקות נפרדות בתוך מרכזים אלו, ועלויות העסקה של מטפלים נוספים, בשל ההפרדה המבנית בין המאושפזים. לעומתו, ההסדר הקיים בעל עלות נמוכה יחסית, בשל העובדה שמסוכנותו של הנאשם נבדקת ממילא בשלבים מוקדמים יותר.

36. **<u>מידתיות במובן הצר</u>**: במצב הקיים חל הסדר מידתי, המאפשר פגיעה בזכות לשוויון של מאושפזים רק כאשר נובע מהם סיכון גבוה לעצמם או לזולתם. יתרה מזו, ההסדר הקיים מאפשר לנקוט אמצעים שאינם הפרדה, לצורך מיגור תופעות אלימות, כמו הענקת טיפול ייחודי. נוסף על כך מאפשר ההסדר הקיים להגן על גופם של <u>כלל המאושפזים</u> ללא הבחנה ביניהם ובכך מאפשר להגן <u>טוב יותר</u> על הזכות המצרפית לשלמות הגוף. בכך מקיים ההסדר יחס ראוי בין ההגנה על שלמות גופם של <u>כלל המאושפזים</u> לבין זכותם לשוויון, מכיוון שאינו מפלה, אלא מבצע הבחנה מותרת בין מאושפזים בעלי מסוכנות שונה.

37. לעומת זאת, התוספת השולית שמשיג ההסדר המוצע לזכותם של המאושפזים במסלול האזרחי לשלמות הגוף (אם בכלל) נמוכה מהתוספת השולית הנגרמת לפגיעה בכבודם ובזכותם לשוויון ולשם טוב של המאושפזים במסלול הפלילי (ואף לזכותם לשלמות הגוף). העותרת לא הצליחה להוכיח כי להסדר המוצע תוספת שולית להגנה על הזכות לשלמות הגוף. אם קיימת תוספת כזו מהזנחת הבדיקה הפרטנית ומהמעבר להפרדה גורפת, היא גוררת אחריה פגיעה כה קשה בשוויון, עד כי אותו מעבר אינו מידתי. כמו כן, העותרת לא מביאה בחשבון את התוספת השולית לפגיעה בזכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לשלמות הגוף, שעשויה להתקיים עקב הפרדתם. כך גם יש להתחשב בשיקולים שונים כגון העלויות הכלכליות המשמעותיות הכרוכות בייעוד מחלקות למאושפזים במסלול הפלילי, שיקולים מקצועיים של רצף אשפוז-קהילה וגם שיקולים מעשיים של תפוסת בתי חולים, שיש להם מקום (**פרשת צביאל רופא**).

ו. <u>סמכותו המנהלית של המשיב ושיקול דעתו</u>

38. העותרת טוענת כי הימנעות המשיב מלהפעיל את סמכותו לוקה בחוסר סבירות. אין לקבל את שני חלקיו של טיעון זה. ראשית, המשיב הפעיל את סמכותו על פי הוראות החוקים המסמיכים: סעיף 46 לחוק הטיפול וסעיף 32 לחוק זכויות החולה. שנית, המשיב הפעיל את סמכותו בשיקול דעת ובסבירות.

39. המשיב, האמון על התקנת התקנות מכוח חוק הטיפול, קבע את מסגרת הנהלים לטיפול בחולים בסיכון גבוה. חוזר המנכ"ל נדרש לשם מזעור השימוש באמצעים של הגבלה מכנית ובידוד. זאת מתוך ראייה קלינית הומנית ו"בהלימה ל'עמוד האש' המשרדי של ראית המטופל במרכז". המשיב סבור כי "צמצום השימוש באמצעים אלה חיוני להבטחת כבוד המטופל, בריאותו ורווחתו, ועולה בקנה אחד עם אקלים בטוח ומקצועי במחלקות האשפוז הפסיכיאטריי" (**חוזר המנכ"ל**).

40. מעמדו של חוזר המנכ"ל הוא של הנחיה מנהלית, המוגדרת כהנחיה חיצונית, היוצאת מגורמים במִנהל הציבורי אל הרשות המנהלית. מעמדן ומשקלן של ההנחיות אלה עשוי להשתנות מהנחיה להנחיה, בעיקר לפי מקורן ונושאן, וככל שהן עומדות במבחן הסבירות, מדובר בהמלצות שהרשות רשאית לאמצן.

41. למשרד הבריאות, ככל רשות מנהלית, עומדת **חזקת התקינות המנהלית**. לפי חזקה זו, הרשות אינה נדרשת להראות שפעולתה תקינה, אלא על הטוען לאי-תקינות להרים את נטל הראיה לסתירת החזקה ולהביא ראיות שיש בהן כדי להטיל ספק מהותי בשיקוליה של הרשות. תפיסה זו מקורה בחזקה שכל פעולה מנהלית נעשתה כדין. לדעת המשיב, העותרת לא עמדה בנטל הראיה האמור, ומכאן שאין עילה להתערבות בהחלטת המשיב שלא לנהוג על פי ההסדר המוצע.

42. המשיב סבור שיש להותיר את שיקול הדעת בעניין מושא העתירה בידי הגורמים המקצועיים והמומחים בטיפול במאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים, להם עומדת חזקת התקינות המנהלית. ככלל, נטייתו של בית משפט נכבד זה היא לפעול בריסון בכל הנוגע לשיקול הדעת המנהלי, שכן אין נוטה בית המשפט להחליף את שיקול דעתה של הרשות בשיקול דעתו שלו.

43. על משרד הבריאות, כמו כל רשות מנהלית, להפעיל את שיקול דעתו בסבירות, תוך איזון ראוי בין השיקולים הרלוונטיים ומתן משקל יחסי ראוי לכל אחד מהם. על כן מחויב המשיב, בבואו לשקול את ההסדר המוצע, לאזן בין זכותם של המאושפזים האזרחיים להגנה על גופם וכבודם לבין זכויותיהם של מאושפזים במסלול הפלילי לכבוד ולשוויון, ואף זכותם שלהם לקבל הגנה על גופם וכבודם מפני אלימות.

44. שיקול נוסף הוא החשש להעמקת התווית השלילית הדבקה במאושפזים במסלול הפלילי, אם יורו התקנות על השמתם במחלקה נפרדת. כך גם שהותם של אלה באשפוז למשך תקופת זמן בלתי קצובה,

עקב היעדר חקיקה הקובעת "תקופת גג" לאשפוז הפלילי, להבדיל מהאשפוז האזרחי. לאור מכלול השיקולים, מדיניות של אשפוז משותף, תוך הענקת סמכות למנהל בית החולים להעניק טיפול מותאם למאושפזים בסיכון גבוה, **נמצאת במתחם הסבירות של שיקול הדעת המסור למשיב**. על אחת כמה וכמה בהיעדר יכולת להסיק במובהק מתוך הנתונים הקיימים, שאכן נשקפת סכנה למאושפזים במסלול האזרחי בשל הימצאותם לצד אלה מהמסלול הפלילי, שעשויה להצדיק נקיטת מדיניות אחרת.

45. שיקולים נוספים שעליהם עמד המשיב בעת שקיבל את ההסדר הקיים, ושלל את ההסדר המוצע, הם השיקול המקצועי של שמירת רצף אשפוז-קהילה, דהיינו רצף טיפולי בין מערך האשפוז לשירות הקהילתי, שיקולים מעשיים של תפוסת בתי החולים הפסיכיאטריים, ושיקולים תקציביים של התנהלות בתקציב נמוך, תיעדוף על פי דחיפות וחשיבות הפעולה המנהלית.

46. העותרת מלינה בעתירתה על היעדר תשתית עובדתית מספקת. אך דומה שאין זו סיבה מספקת לשינוי ההסדר הקיים. המשיב איננו מעלים עין מהנתונים, ועל כן הקים את הוועדה למיגור האלימות. כל שכן, כשלים באכיפת נהלי תיעוד ודיווח על אירועי אלימות במהלך טיפול פסיכיאטרי אינם מהווים הצדקה לשינוי הדין הקיים. כמו כן, לפי הוראות משרד הבריאות על מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים להעביר הודעה על אירוע חריג וחשד לאלימות כלפי חסר ישע לשלושה גורמים במשרד. כך מקיים המשיב חובתו כמפקח בעת קבלת דיווחים על מקרי אלימות והתמודדות עימם באמצעים הראויים לפי שיקול דעתו.

47. אין בעובדה שהמשיב לא נקט צעדים הנראים לעותרת כנכונים, כדי להעיד על חוסר סבירות כלשהו בשיקול דעתו. בשאלה המנהלית אין מקום לבחון את טיב ההחלטה אלא את סמכותו של המשיב ואופן הפעלת שיקול דעתו. בשני אלה, לטענתו של המשיב, הוא פעל כדין. ודוק, נושא העתירה הוא עניין של מדיניות חברתית-כלכלית. כלל גדול הוא כי הערכת מדיניות זו אינה מתפקידו של בית המשפט הנכבד, בייחוד כשהיא עולה בקנה אחד עם עקרונות החוק (**פרשת אסותא**, פסק-דינו של כב' השופט סולברג).

48. המשיב מבקש להרחיב על אודות הדרכים שבהן פועל לשיפור שירותי בריאות הנפש בשלוש רפורמות: "הרפורמה המבנית", "הרפורמה השיקומית" ו"הרפורמה הביטוחית". אלה הביאו להפחתת הצפיפות בבתי החולים הפסיכיאטריים, מתן שירותי שיקום הולמים, העברת השירותים הפסיכיאטריים לקופות החולים והכללתם בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. בהתחשב ברפורמות רוחביות אלה, אין ממש בטענת העותרת כי המשיב אינו מקיים חובתו להפעיל סמכותו לשיפור שירותי בריאות הנפש. יתרה מזו, השר הפעיל סמכותו לפי חוק הטיפול בהוצאת חוזר המנכ"ל, שבו נקבע ההסדר הקיים.

49. המשיב מכיר בחובתו לדאוג לזכויות המאושפזים ולביטחונם, ודואג למלא חובה זו כלפי כל המאושפזים, ולא רק כלפי קבוצה אחת מהם. במסגרת תוכנית העבודה לשנת 2018 נקבע יעד מס' 5.3 של משרד הבריאות, במסגרת "עמוד האש" המכונה "המטופל במרכז", העוסק בצמצום ההגבלות והבידודים ושילוב פרקטיקות מיטביות של טיפול במטופל במרכז בבריאות הנפש. כמו כן, בימים אלה עורך משרד הבריאות ניסוי חלוץ (פיילוט) לבחינת אבטחה מוגברת במחלקות הפסיכיאטריות, באמצעות הצבת מאבטחים, בייחוד בהתמודדות עם עצירים. גם חטיבת המרכזיים הרפואיים הממשלתיים במשרד עורכת סבבי בטיחות בבתי החולים הפסיכיאטריים על בסיס קבוע, כשמטרתם היא שיפור בטיחות המטופל וסביבת העבודה, באמצעות ביקורי אנשי היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים.

50. נתונים אלה, בצירוף ההנחיה המנהלית המחייבת את מנהלי בתי החולים לקבוע מדיניות לטיפול במטופלים בסיכון גבוה (סעיף 15 לחוזר המנכ"ל), מעידים על עיסוקו הפעיל של המשיב במימוש זכויותיהם של המאושפזים. להשלמת התמונה, האגף לבריאות הנפש עמל זה שנים על הטמעת אמצעי

חדש בשם Historical, Clinical, Risk Management-20 – HCR 20 שמטרתו הערכת מסוכנות של אנשים עם מוגבלות נפשית. אמצעי זה יש בו כדי לסייע באבחון מסוכנות גם טרם קבלת החלטה של ועדה פסיכיאטרית בנושא המשך אשפוז כפוי, אזרחי או פלילי.

51. העותרת סומכת ידה על הליקויים שנמצאו בדו"ח המבקר ומלינה על כך שאין המשיב ממלא את המלצותיו. המשיב אינו מקל ראש בחשיבותו של דו"ח המבקר, ומפעיל שיקול דעתו בקבלת המלצותיו. אך חשוב לציין כי אין לראות בדו"ח המבקר בגדר הכרעה שיפוטית, ואין בו כדי לקבוע מסמרות באשר לעובדות ולמשמעותן המשפטית.

52. ההסדר הקיים מגשים את החובה להעניק טיפול רפואי נאות למאושפזים, על ידי שמירה על ביטחונם האישי מחד גיסא, והענקת טיפול שווה, מקצועי ומותאם אישית לכל מאושפז מאידך גיסא (סעיפים 4-5 לחוק זכויות החולה). כמו כן, זיהוי מאושפזים בעלי סיכון גבוה דורשים מומחיות. בשל אלה, ההסדר הקיים מהווה הסדר משני, המצוי בגדר סמכותו של המשיב.

53. שלא כמו המצב הקיים, ההסדר המוצע מהווה שינוי מדיניות כללית, הכרוך בעלויות רבות ובעל השפעה רחבה על מערך הטיפול בחולי הנפש. אלה נובעים מהצורך להקים מחלקות נפרדות ואף להעניק טיפול שונה במסגרתן, בניגוד למצב הקיים המשמר את הטיפול הרפואי השווה בשני סוגי המאושפזים, תוך הבחנה מנהלית בלבד בקבלת החלטות בעניין עצם האשפוז, השחרור, חופשה וכיוצא באלה. הפרדה גורפת בתקנות של המאושפזים במסלול הפלילי מכלל המאושפזים היא בגדר הסדר בעל משמעות חברתית וכלכלית רחבה, שיש בו כדי לשקף את יחסה של החברה למאושפזים במסלול הפלילי. על כן לגישת המשיב, **שינוי התקנות בנושא המוצע על ידי העותרת מצריך חקיקה ראשית, שכן במהותו מדובר בנושא שהוא הסדר ראשוני באופיו**. לאור היותו של ההסדר המוצע בעל השלכות חברתיות נרחבות על המאושפזים במסלול הפלילי ובעל השפעות ארוכות טווח על אופן אשפוזם, ראוי שהחלטה כאמור תתקבל בהחלטת המחוקק, גם לו המשיב היה מסכים עם עמדת העותרת (**פרשת ועדת המעקב**). על כן ההסדר המוצע מהווה הסדר ראשוני ובשל כך אינו מצוי בסמכותו של המשיב.

54. יתרה מזו, וכפי שהוצג לעיל, הסדר הפוגע בזכויות אדם של המאושפזים במסלול הפלילי, אין מקום לעשותו בחקיקת משנה. הקביעה אם ההסמכה שניתנה היא מפורשת דיה, נעשית על פי חשיבותה של הזכות הנפגעת, עומק הפגיעה שנגרמה וחשיבותו של האינטרס שהגשמתו פגעה בזכות החוקתית. על כן אין בסעיפי ההסמכה הכלליים הקבועים בחוק הטיפול משום "הסמכה מפורשת".

55. נוסף על כך, קבלת ההסדר המוצע אינה עומדת בהוראות סעיף 35(א) לחוק הטיפול. המחוקק נתן את דעתו כי לא ראוי לפגוע בזכויותיו של הסובל ממחלת נפש אלא בחקיקה ראשית (סעיף 1 לחוק הטיפול). כפי שצוין לעיל, המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים, ובייחוד אלה המאושפזים בכפייה, בעלי יכולת פחותה להגן על זכויותיהם, ועל כן ראוי שהמחוקק יגן עליהן ביתר שאת.

ז. <u>סוף דבר</u>

56. לעמדת המשיב, וכפי שנטען בכתב התשובה, ההסדר הקיים הוא ההסדר הנכון והמיטבי בנסיבות העניין, והעתירה מציעה הסדר אשר פוגע בזכויות היסוד לכבוד ולשוויון של המאושפזים במסלול הפלילי באופן שאיננו עולה בקנה אחד עם תנאיה של פסקת ההגבלה בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו ועם יתר הוראות החוק הספציפיות לעניין אשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים.

57. אין מדובר באמצעי המסדיר מנגנונים מאוזנים וראויים, כפי שניסתה העותרת לטעון בעתירתה, אלא בהסדר שאיננו מידתי, המשקף מדיניות מפלה כלפי קבוצת המאושפזים במסלול הפלילי. חוסר המידתיות נובע בעיקר מעצם היותו של ההסדר גורף כלפי כל המאושפזים במסלול הפלילי, מבלי שהוכחה הסכנה הנשקפת מהם למאושפזים במסלול האזרחי או למאושפזים אחרים. כן משקף ההסדר המוצע מדיניות של "נפרד אך שווה" הפוגעת כשלעצמה בכבודם של המאושפזים במסלול הפלילי, והמשדרת לקבוצת המיעוט שהיא נחותה.

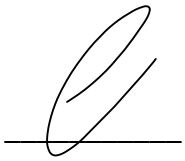
58. יתרה מזו, לא הצליחה העותרת להוכיח כי ההסדר המוצע תורם במידה רבה יותר לביטחונם של המאושפזים במסלול האזרחי או להציג נתונים התומכים בהשערתה כי נשקפת סכנה רבה יותר מאת המאושפזים במסלול הפלילי, ובהתחשב באיזון הלא-מוחלט בין הזכויות, אין מקום להוצאת העלויות הכרוכות בהסדר המוצע.

59. נוסף על כך, המשיב הוכיח כי קיים את חובתו להפעיל סמכותו בנושא, וכי נקט אמצעים רבים במטרה לפתור את בעיית האלימות הפוטנציאלית בבתי החולים. המשיב התקין את חוזר המנכ"ל, ביצע שלוש רפורמות מקיפות במשרד הבריאות, דרש להקים מערך אבטחה מחוזי ברמת ביניים אשר יספק מענה לצווי ההסתכלות, וממשיך לבחון קיומה של אבטחה מוגברת במחלקות הפסיכיאטריות. זאת ועוד, המשיב הוציא הנחיות מנהל רפואה בנוגע לכבילת אסירים ועצירים במוסדות רפואה, הקים את ועדת מיגור האלימות, עמל על הטמעת בדיקה להערכת מסוכנות, ופועל ליישומן של הוראות החקיקה הנוגעת ללוקים בנפשם לרבות חוק טיפול בחולי נפש. על כן אין לצוות על המשיב לנקוט הסדר ששיקול דעתו המקצועי קובע כי הוא אינו נכון, ובייחוד אין לצוות על המשיב לנקוט הסדר שמשמעותו היא פגיעה בזכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לשוויון, והכרוך בעלויות רבות.

60. עוד יובהר כי ההסדר המוצע עלול להביא לפגיעה קשה בזכויות רבות אחרות של המאושפזים במסלול הפלילי, ובהן הזכות לקבל טיפול בהתאם למצבו הרפואי של המאושפז, הנובעת מחוק הטיפול בחולי נפש, הזכות לטיפול רפואי נאות, איסור הפליה, הזכויות הנובעות מחוק זכויות החולה, הזכות לשילוב ושיקום בקהילה הנובעת מחוק השיקום, הזכות לשם טוב והזכות להמשך טיפול נאות.

61. כמו כן, ההסדר המוצע הוא הסדר בעל אופי ראשוני, ולכן הוספתו לתקנות אינה בסמכות המשיב. ראוי שהרשות המחוקקת תיתן דעתה לפגיעה שההסדר המוצע מסב לזכויות אדם טרם שייושם במערכת בריאות הנפש בישראל.

62. לנוכח כל האמור, מתבקש בית המשפט הנכבד לדחות את העתירה על כל חלקיה ולהשאיר את שיקול הדעת בנושא לשר הבריאות, ובכך להשאיר את ההסדר הקיים על כנו.



שני שוופי, ב"כ המשיב

רשימת אסמכתאות ומקורות – בג"ץ 1111/20

עמותת "קול אדם" נ' שר הבריאות

חקיקה

1. חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו.
2. חוק מבקר המדינה, תשי"ח-1958 [נוסח משולב], ס"ח 2628.
3. חוק העונשין, תשל"ז-1977, ס"ח 2780.
4. חוק הטיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991, ס"ח 150.
5. חוק זכויות החולה, התשנ"ו- 1996, ס"ח 1591 (12.5.1996).
6. חוק השיקום לנכי נפש בקהילה, תש"ס-2000, ס"ח 2221.

חקיקת משנה

7. תקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992, ק"ת תשע"ב מס' 7057.

8. חוזר מנהל רפואה 44/2005 "כבילת אסירים ועצירים במוסדות רפואה - הנחיות" (30.11.2005).
9. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 20/12 "טיפול בחשד לאלימות כנגד חסרי ישע המטופלים במערכת הבריאות" (01.11.2012).
10. נוהל אגף לבריאות הנפש 51.007 "העברת מטופל באשפוז פסיכיאטרי" (01.07.2016)).
11. נוהל אגף לבריאות הנפש 51.014 "נוהל עבודה עם משפחות של מטופלים באשפוז פסיכיאטרי" (01.6.2017).
12. נוהל שירותי בריאות הנפש – משרד הבריאות 60.002 "תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי" (1.6.2017).
13. חוזר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים 03/2017 "סיורי בטיחות במרכזים הרפואיים הממשלתיים" (02.7.2017).
14. חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 10/2018 "הגבלה מכנית ובידוד מטופלים באשפוז פסיכיאטרי" (1.4.2018).

פסיקה

15. ע"פ 339/80 **מאיר עדיקה נ' מדינת ישראל**, לד(4) 106 (1980).
16. בג"ץ 389/80 **דפי זהב נ' רשות השידור**, פ"ד לה(1) 421 (1980).
17. רע"פ 1088/86 **סברי חסן מחמוד נ' הוועדה המקומית לתכנון ולבנייה הגליל המזרחי**, פ"ד מד(2) 417 (1990).
18. בג"ץ 4541/94 **מילר נ' שר הבטחון**, פ"ד מט(4) 94 (1995).
19. בג"ץ 6698/95 **קעדאן נ' מנהל מקרקעי ישראל**, פ"ד נד(1) 258(2000).
20. בג"ץ 1715/97 **לשכת מנהלי ההשקעות נ' שר האוצר**, פ"ד נא(4) 367 (1997).
21. רע"פ 2060/97 **וילנצ'יק כרמלה נ' הפסיכיאטר המחוזי – תל אביב** פ"ד נב(1) 697(1998).
22. בג"ץ 1030/99 **ח"כ אורון נ' יושב ראש הכנסת**, פ"ד נו(3) 640, 662 (1999).
23. בש"פ 2305/00 **פלוני נ' מדינת ישראל**, פ"ד נד(4) 289 (2000).

24. ע"פ 3854/02 **פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית למבוגרים**, פ"ד נז(1) 900 (2003).
25. בג"ץ 6427/02 **התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' כנסת ישראל**, פ"ד סא(1) 619 (2006).
26. בג"ץ 7052/03 **עדאלה נ' שר הפנים**, פ"ד סא(2) 202 (2006).
27. בג"ץ 9863/06 **קר"ן נ' מדינת ישראל** (פורסם בנבו, 28.7.2008).
28. בג"ץ 11163/03 **ועדת המעקב העליונה לענייני הערבים בישראל נ' ראש ממשלת ישראל**, (27.2.2006).
29. בג"ץ 466/07 **גלאון נ' היועץ המשפטי לממשלה**, פ"ד סה(2) 44 (2012).
30. בג"ץ 5413/07 **פלוני נ' מדינת ישראל משרד הבריאות**, פ"ד סב(2) 856 (2007).
31. בג"ץ 7245/10 **עדאלה נ' משרד הרווחה** (פורסם בנבו, 4.6.2013).
32. בג"ץ 9223/10 **התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' ראש הממשלה** (פורסם בנבו, 19.11.2012).
33. ע"א 3901/11 **מחקשווילי נ' רשות המיסים בישראל** (פורסם בנבו, 7.8.2012).
34. בג"ץ 7716/11 **אסותא מרכזים רפואיים נ' שר הבריאות** (2013).
35. בג"ץ 4090/12 **צביאל רופא נ' ראש הממשלה** (31.12.2013).
36. בג"ץ 5304/15 **ההסתדרות הרפואית בישראל נ' כנסת ישראל** (11.9.2016).ע"פ 118/53 **מנדלברוט נ' היועץ המשפטי לממשלה**, פ"ד י 281 (1956).
37. בג"ץ 232/16 **התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' ראש ממשלת ישראל** (פורסם בנבו, 08.05.2016).

<u>ספרות</u>

38. אהרן ברק "מידתיות: מתודולוגיה ודמוקרטיה" **ספר אור** 19 (2012).
39. אהרן ברק **מידתיות במשפט – הפגיעה בזכות החוקתית ומגבלותיה** 432 (2010).
40. אהרן ברק "הקונסטיטוציונליזציה של מערכת המשפט בעקבות חוקי היסוד והשלכותיה על המשפט הפלילי (המהותי והדיוני)" **מחקרי משפט** יג 5 (תשנ"ג- 1996).
41. אהרן ברק "הקדמה" **זכויות כלכליות חברתיות ותרבותיות בישראל** 5 (יורם רבין ויובל שני עורכים), (2004).
42. נביל ג'ריאיסי, אלי גרינר, בן-חי קוזינצקי ויעקב מרגולין, "אשפוז כפוי של חולי נפש – בין המצוי לרצוי" **רפואה ומשפט** 34, 73 (2006).
43. רמונה דורסט ואירית מרטיק "רפואה ושררה – טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל" **ממשל ומשפט** ג 119 (1995).
44. יצחק זמיר **הסמכות המינהלית, כרך ב - ההליך המינהלי** (מהדורה שנייה, 2011).
45. בזק יעקב **משפט ופסיכיאטריה: אחריותו המשפטית של הלקוי בנפשו** (2006).
46. מרדכי מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" **קרית המשפט** ט 83 (תשע"א- 2011).
47. מרדכי מרק וגיל סיגל, "הזכויות לשירותי בריאות הנפש ומדיניות הפעלתם בישראל: בין רפואה, משפט וחברה" **משפט רפואי וביו-אתיקה** כרך 2, 22 (תשס"ט- 2008).

<u>דו"חות ומסמכי מדיניות</u>

48. משרד הבריאות **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2018** (2020).
49. מבקר המדינה **דו"ח שנתי 68ג – לשנת 2017** (2018).

50. משרד הבריאות **תכניות עבודה משרד הבריאות 2018** (2018).
51. ועדת השר למיגור האלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהלים במערכת הבריאות **דו"ח המלצות** (2017).
52. משרד הבריאות **חלונות – נייר רבעוני על שינויי מדיניות בריאות בעולם – גיליון מס' 8** (2017).
53. משרד הבריאות **סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש** (2016).
54. משרד הרווחה והשירותים החברתיים אגף בכיר למחקר **כלי הערכה מובנים להערכת עבריינים סקירת ספרות** מדינת ישראל, תכנון והכשרה ושירות המבחן למבוגרים (2010).
55. אמנון רייכמן, ליאור אבו, עומר בכמן, שרית יקוטי ואח' "מסמך רקע בנושא הזכות להליך הוגן: מגבלות הליכיות – עקרונות כללים, מוגש לועדת חוקה חוק ומשפט של הכנסת" (23.02.2005).
56. ועדת החקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל **דו"ח הועדה** 398 (1990).

<u>משפט משווה</u>

57. Mental Health Act 1983
58. Helping Families in Mental Health Crisis Reform Act of 2016
59. Brown v. Board of Educ., 347 U.S. 483 (1954).
60. Richard D. Schneider, *Mental Health Courts and Diversion Programs: A Global Survey*, INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY (2010)).

<u>אתרי אינטרנט</u>

61. אשפוז כפוי וטיפול כפוי בפסיכיאטריה – בוגרים",
www.health.gov.il/Subjects/mental_health/treatment/Hospitalization/Pages/Involuntary.aspx
62. "אשפוז פסיכיאטרי – בוגרים (מעל גיל 18)",
www.health.gov.il/Subjects/mental_health/treatment/Hospitalization/Pages/hospitalization_adults.aspx
63. "מחקר לניבוי מסוכנות לנפגעי נפש – תיקוף ה-HCR 20",
www.health.gov.il/Subjects/mental_health/dangerous/Pages/HCR-20.aspx
64. "דין וחשבון שנתי לפי חוק חופש המידע של המרכזים הרפואיים הממשלתיים",
www.health.gov.il/annual_reports.aspx.

<u>בבית המשפט המבוים בהרצליה</u>
בשבתו כבית המשפט הגבוה לצדק

בג"ץ 1347/20
בפני הרכב השופטים:
כב' השופט נעם סולברג
ד"ר אורן אסמן
עו"ד מירה היבנר-הראל

עמותת "קול אדם"
ע"י ב"כ שני ארד
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "**העותרת**")

- נגד -

שר הבריאות
ע"י ב"כ שני שוופי
מרח' האוניברסיטה 8, הרצליה, 4610101, טל': 09-9527272

(להלן: "**המשיב**")

<u>תגובת המשיב לעתירה למתן צו על תנאי</u>

המשיב מתכבד בזאת להגיש את תגובתו לעתירה למתן צו על תנאי שהוגשה לבית משפט נכבד זה, שעניינה להורות על תיקון תקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב-1992 (להלן גם: "**התקנות**") באופן שיורו על הפרדת החולים המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים מתוקף צו בית משפט בהליכים פליליים, מיתר החולים המאושפזים לפי חוק הטיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 (להלן: "**חוק הטיפול**"). בית משפט נכבד זה מתבקש לדחות את העתירה שלפניו, לנוכח כל אחד מן הטעמים שיפורטו בתגובה זו, ולאור בחינת משקלם המצטבר גם יחד.

שני שוופי, ב"כ המשיב

א. <u>פתח דבר</u>

1. עתירה זו טומנת בחובה דילמה קשה הנוגעת לאוכלוסיית הלוקים בנפשם, הסובלת לעיתים לדאבוננו מדימוי שלילי. גם לעמדת המשיב, כפי שתוצג בהרחבה בתשובה זו, הלוקה בנפשו, ככל אדם, זכאי לזכויות יסוד המתחייבות מכללי היסוד של השיטה ומן הדין. לעיתים קרובות אין הוא יכול להגן על עצמו, ולכן החברה נדרשת לעשות זאת במקומו (רע"פ 2060/97 **וילנצ'יק כרמלה נ' הפסיכיאטר המחוזי – תל אביב**, פ"ד נב(1) 697 (11.03.1998) (להלן: "**פרשת וילנצ'יק**")).

2. העותרת הגישה עתירתה נגד המשיב בדרישה כי בית המשפט הנכבד יורה לו להתקין תקנה המחייבת את בתי החולים הפסיכיאטריים להפריד בין המאושפזים באשפוז האזרחי למאושפזים לפי צו בית משפט בהליכים פליליים. למצער, העותרת מבקשת כי יורה למשיב להוציא הנחיה מנהלית המפרידה בין המסלולים. העותרת מבססת את עתירתה על מקרה שאירע במחלקת האשפוז בבית החולים הפסיכיאטרי, שבו הייתה מעורבת גב' אורלי אברהם. מר גבי, שאושפז להסתכלות פסיכיאטרית לפי צו אשפוז מבית המשפט המחוזי, הכה אותה בבטנה. על אודות המקרה שמעה העותרת במהלך ביקור תקופתי בבית החולים הפסיכיאטרי שבו שהתה אורלי. לטענת המשיב, הדבר אינו מעיד על הכלל, והמקרה שאירע אינו מחייב את השר לתקן את התקנות ולהפריד בין המסלולים.

3. העותרת מבקשת מבית המשפט הנכבד לצוות על המשיב להתקין תקנה שלפיה יופרדו המאושפזים במסלול הפלילי מיתר המאושפזים, לשם הגנה על שלומם של המאושפזים במסלול האזרחי (להלן: "**ההסדר המוצע**"). העותרת מבססת את נימוקיה על הפגיעה הנטענת בזכות לשלמות הגוף ובשמירה על כבוד האדם של המאושפזים במסלול האזרחי. לטענת המשיב חובתו להגן על זכויותיהם של <u>כלל</u> המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים, ללא הבחנה בין מאושפזי ההליך הפלילי ומאושפזי ההליך האזרחי, ולהבטיח שלא ייפגעו.

עוד לטענת המשיב, סמכותו ואחריותו כגורם מִנהלי, כפי שהעותרת עצמה חוזרת וטוענת, היא שמחייבת את המשיב לנהוג בשוויון ושלא לקבוע מדיניות החותרת לפגיעה בזכויות אדם. המשיב סבור כי יש לדחות את העתירה על כל הסעדים המבוקשים בה. לשיטתו ההסדר המוצע פוגע בזכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לכבוד ובזכותם לשוויון. המשיב רואה בהצבת המטופל במרכז ערך עליון ופועל רבות למיגור האלימות בבתי החולים בישראל ולהגנה על המאושפזים בהם. נוכח האמור, יש לפעול ברוח הדברים שקבע כב' השופט סולברג בפרשת **עמיחי גבאי** (בג"ץ 3577/19 **עמיחי גבאי נ' משרד הבריאות, שר הבריאות** פס' 11 לפסק-דינו של כב' השופט סולברג (פורסם בנבו, 03.09.2019):

> "אין טעם להורות למשרד הבריאות לקיים תהליך שכבר החל בו; לבטח שאין מקום להכתיב למשרד הבריאות מהם השינויים הנדרשים, שכן מדובר בסוגיות מקצועיות המצויות בליבת שיקול דעתו המקצועי של המשרד".

4. ככל שבית משפט נכבד זה יקבל את טענת העותרת כי ההסדר המוצע במהותו איננו פוגע בזכות לשוויון של המאושפזים, יעמוד המשיב על חוסר המידתיות שבה לוקה ההסדר המוצע על ידי העותרת, ובין היתר על עלותו הנרחבת, שלא לצורך. עוד לטענת המשיב, אין בסמכותו לקבוע את ההסדר המוצע בהיותו הסדר המנוגד לחקיקה ספציפית אחרת המגינה על זכויות המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים.

5. לטענת המשיב העותרת לא הצליחה לבסס את עתירתה על עובדות, המגובות בנתונים, והמצדיקות את כפייתו של ההסדר המוצע על המשיב ועל בתי החולים הפסיכיאטריים, וכי להם הידע והסמכות להפעיל שיקול דעתם המקצועי, וכך נהגו עד היום.

ב. <u>רקע כללי ונתונים</u>

6. בישראל פועלים כיום אחד עשר בתי חולים פסיכיאטריים: שמונה ממשלתיים, שניים השייכים לשירותי בריאות כללית ואחד בבעלות פרטית. נוסף על אלה, בתשעה מבתי החולים הכלליים והציבוריים ישנן מחלקות פסיכיאטריות. בבתי החולים הפסיכיאטריים קיימת לרוב הפרדה בין מאושפזים שיכולים לשהות במחלקה פתוחה לבין מאושפזים הזקוקים לאשפוז במחלקה סגורה (מבקר המדינה, **דו"ח שנתי 68ג – לשנת 2017**, 540 (2018) (להלן: "**דו"ח המבקר**")). במחלקות הסגורות שוהים יחדיו מאושפזים מהמסלול האזרחי ומאושפזים מהמסלול הפלילי. מאושפזים במסלול האזרחי הם מי שהתעורר צורך לאשפזם לצורך בדיקה מקום שהם עלולים להוות סכנה לעצמם או לסביבתם (סעיף 9 ל**חוק הטיפול**). מאושפזים במסלול הפלילי הם מי שהיו מעורבים לכאורה בפעילות עבריינית בשל מחלת נפש או שעלה צורך לבחון אם הם לוקים במחלה כזו (סעיפים 15-21א לחוק הטיפול).

7. נכון לשנת 2018 מספר המאושפזים בכפייה במסלול האזרחי עמד על סך כולל של כ-7,700 איש. 6,062 אושפזו בהוראת פסיכיאטר, ו-1,618 אושפזו לפי חוק הטיפול. זאת לעומת 16,052 איש שאושפזו בהסכמה באותה שנה (משרד הבריאות **בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2018** (2020)). בין השנים 2006-2016 עמד מספר צווי ההסתכלות על 1,350-1,800 צווים בשנה. כאשר בית משפט מורה על בדיקה פסיכיאטרית אמבולטורית (חוות דעת פסיכיאטרית משפטית העוסקת במצב הנפשי של הנבדקים, באחריותם ובמסוגלותם לעמוד לדין), היא מתבצעת לרוב בחדר המיון או במרפאה בבית חולים פסיכיאטרי (דו"ח המבקר, 571). אם הודיע הפסיכיאטר המחוזי לבית המשפט כי לא ניתן לערוך את הבדיקה אלא בתנאי אשפוז, בית המשפט רשאי להוציא צו אשפוז לשם הסתכלות לתקופה שימצא לנכון (סעיפים 15(ג), 16(ב) לחוק הטיפול). כשעצור או חשוד מגיעים להסתכלות בבית חולים פסיכיאטרי, בית החולים מוסמך לבצע הערכה של המסוכנות הנובעת מאותו אדם, ואם הוא נמצא בסיכון גבוה – על בית החולים לאשפזו לפי הנוהל הנוגע למטופלים בסיכון גבוה של משרד הבריאות (סעיף 46 לחוק, וחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 10/2018 "הגבלה מכנית ובידוד מטופלים באשפוז פסיכיאטרי" (1.4.2018) (להלן: "**חוזר המנכ"ל**").

העתק חוזר המנכ"ל מצורף בתור **נספח מש/1** לתגובה זו.

8. המשיב מעוניין להדגיש שכבר כעת, בכמה בתי חולים פסיכיאטריים מתבצעת ההסתכלות ב"מחלקה משפטית" נפרדת ("דין וחשבון שנתי לפי חוק חופש המידע של המרכזים הרפואיים הממשלתיים", www.health.gov.il/UnitsOffice/govHealthCenters/Pag/annual_reports.aspx).

9. השוואה מעניינת לצורך דיון זה היא המצב הקיים בבריטניה. שם מעמדו של המאושפז במסלול הפלילי זהה לזה של המאושפז במסלול האזרחי, והם מאושפזים באותה מערכת לטיפול בחולי נפש (Mental Health Act 1983). שיטה זו, המקובלת גם בישראל, מאפשרת לטיפול הרפואי להישאר ניטרלי ולא להוות חלק ממערכת הענישה הפלילית. רק במקרה של מסוכנות ניתן להגיש תביעה להרחקה בשל מסוכנות המאושפז הספציפי, כלומר יש צורך בהחלטה שיפוטית הגוזרת על המטופל הרחקה והפרדה (Richard D. Schneider, *Mental Health Courts and Diversion Programs: A Global Survey*, INTERNATIONAL JOURNAL OF LAW AND PSYCHIATRY (2010)).

10. הסדר מעין זה משקף את תפיסת המשפט המקובל בנוגע לחוסר היכולת של הלוקה בנפשו לשלוט במעשיו, ואת התפיסה החברתית כי אין להענישו בשל מחלתו. כך גם במדינת ישראל, שכבר בשנותיה הראשונות אימצה את תפיסת המשפט המקובל שלפיה אין לראות בחולה הנפש אחראי למעשיו. הפטור הניתן לחולה הנפש מאחריות פלילית נובע מהטעם שאין זה צודק להעניש את חולה הנפש, משום שהענשתו בשל מעשהו הפלילי כמוה כהענשתו בגלל מחלתו (בע"פ 118/53 **מנדלברט נ' היועץ המשפטי לממשלה**, פ"ד י 281, פס' 1 לפסק-דינו של כב' השופט אגרנט (1956)). נמצא שאין מקום להטיל על אדם אחריות למעשיו כשהוא אינו מסוגל לכוון את התנהגותו מתוך רצון חופשי וכשהוא נעדר היסוד הנפשי הדרוש (נביל ג'ריאיסי, אלי גרינר, בן-חי קוזינצקי ויעקב מרגולין, "אשפוז כפוי של חולי נפש – בין המצוי לרצוי" **רפואה ומשפט** 34, 73 (2006) (להלן: "**אשפוז כפוי של חולי נפש**").

11. כך גם בארצות הברית, שבה במהלך שנת 2016 התקבלה חקיקה משמעותית בתחום בריאות הנפש לראשונה מזה 20 שנה – Helping Families in Mental Health Crisis Reform Act of 2016, ובמסגרתה עודד המחוקק את מערכת בריאות הנפש להתמקד בזיהוי מוקדם, בטיפול בגורמי סיכון ובשמירת הרצף הטיפולי. בין יתר הרפורמות, נקבע תפקיד חדש – סגן שר הבריאות לתחום בריאות הנפש – שאחד מתפקידיו לקדם יוזמות להעברת אסירים הסובלים מתחלואה נפשית מבתי הסוהר למוסדות טיפול ושיקום (משרד הבריאות **חלונות – נייר רבעוני על שינויי מדיניות בריאות בעולם – גיליון מס' 8** (2017)). ניתן לראות שגם בארצות הברית ישנה הבנה שטיפול ראוי באסיר ייעשה במוסדות טיפול ושיקום, ככלל החולים וללא הבחנה.

12. למרות שורה של פעולות שננקטו לאורך השנים, ובהן הכנת תוכניות מניעה ממשלתיות, אלימות במערכת הבריאות ממשיכה להוות תופעה מדאיגה. בניסיון להתמודד עם תופעה זו, בשנת 2017 הקים המשיב עם מנכ"ל משרד הבריאות את **הוועדה למיגור והתמודדות עם אלימות במערכת הבריאות**, אשר במשך כחצי שנה עסקה בגיבוש תוכנית פעולה והמלצות למיגור תופעת האלימות במערכת הבריאות והתמודדות עימה, ובייחוד עם אלימות כלפי הצוותים הרפואיים (ועדת השר למיגור האלימות כלפי צוותים רפואיים ומנהליים במערכת הבריאות **דו"ח המלצות** 4 (2017) (להלן: "**הוועדה למיגור אלימות**")). ההתמודדות עם אלימות מטופלים היא קשה, משום שברוב ההפרעות הפסיכיאטריות גילויי אי שקט, סף תסכול נמוך ואלימות הם סימפטומים שכיחים (**הוועדה למיגור אלימות**, 36). עם זאת, מנתוני משרד הבריאות עולה כי **חלקם של המאושפזים במסלול הפלילי במקרי האלימות בבתי החולים הפסיכיאטריים אינו גדול כלל ועיקר**. בשנת 2016 אירעו 288 מקרי אלימות במרכז לבריאות הנפש מזור, ומהם 14 מקרים בלבד התרחשו במחלקת הפסיכיאטריה המשפטית (בה שוהים המאושפזים במסלול הפלילי). בחודשים ינואר עד מרץ 2017 לא אירע שום מקרה אלימות במחלקת הפסיכיאטריה המשפטית במרכז לבריאות הנפש מזור. לפיכך אין לקבל את טענת העותרת שהמקור העיקרי של מקרי האלימות הוא במאושפזים במסלול הפלילי. **העותרת לא הצליחה לבסס הבחנה במאפייני האלימות בין אוכלוסיית המאושפזים האזרחיים ובין אוכלוסיית המאושפזים הפליליים באופן שיעלה לכדי הבחנה רלוונטית המאפשרת הפרדה וסטייה מעקרון השוויון.**

13. הוועדה הציעה מספר רב של דרכי התמודדות עם אלימות מטופלים בבתי החולים הפסיכיאטריים, כגון תוספת כוח אדם, תוספת מיטות, הורדת תפוסות, הקטנת המחלקות, שיפור התשתיות והצבת שוטר בכניסה לחדר המיון הפסיכיאטרי, תקינה מתאימה לסוג המחלקה והפחתת הקרימינליזציה של המערכת הפסיכיאטרית (**הוועדה למיגור אלימות**, 38). הפרדת המאושפזים במסלול הפלילי אינה אחת מדרכי ההתמודדות עם אלימות בבתי החולים הפסיכיאטריים, לא רק לדעת המשיב, אלא גם לדעת

הוועדה. ההצעה להפחית את הקרימינליזציה של המערכת הפסיכיאטרית פירושה דווקא להימנע ממצב של הפרדת המאושפזים בשל רקע פלילי, ולהימנע מהפיכת מסלולי המערכת הפסיכיאטרית לתחליף לענישה פלילית. גם ההמלצה להתקין תקנות מותאמות לסוגי המחלקות הקיימות (פתוחה, סגורה, ממושכת, משפטית וכו') מלמדת שאין הכוונה לשנות את סוגי המחלקות אלא להתאים את התקינה למחלקות הקיימות. זאת בשל מאפייניו השונים של כל בית חולים.

ג. <u>המסגרת הנורמטיבית</u>

14. הזכות החוקתית לכבוד האדם מעוגנת ב**חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו**. ביסודה עומדת ההכרה כי האדם הוא יצור חופשי, המפתח את גופו ואת רוחו על פי רצונו בחברה שבה הוא חי. זהו אגד של זכויות ששמירתן נדרשת כדי לקיים את הכבוד ((בג"ץ 6427/02 **התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' כנסת ישראל**, פ"ד סא(1) 619 (2006) ("חוק טל") (להלן: "**פרשת התנועה לאיכות השלטון**"), פס' 35 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). אגד זה של זכויות מוענק לכל אדם באשר הוא אדם, והלוקה בנפשו איננו חריג. על כן תמיד יש לנקוט את האמצעי המגשים את המטרה הראויה של טיפול בחולה והגנה על שלום הציבור, ושפגיעתו בחולה הנפש היא הקטנה ביותר (**פרשת וילנצ'יק**, פס' 11 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק).

15. ההבדל העיקרי בין המסלולים נוגע לבעלי הסמכות הקובעים בכל מסלול את הסידורים המנהליים הנוגעים לפתיחת ההליך, המשכו וסיומו. במסלול האזרחי הסמכות העיקרית נתונה בידי פסיכיאטרים מחוזיים; להורות על בדיקה כפויה (סעיפים 6-8 לחוק הטיפול) או אשפוז כפוי (סעיפים 9-10 לחוק) ולהחליט בדבר שחרור או חופשה (סעיף 30 לחוק). ואילו במסלול הפלילי בית המשפט הוא שמורה על אשפוז או על טיפול מרפאתי של נאשם על פי צו בית משפט (סעיף 15 לחוק), בוחן את עניינו של נאשם לקראת סיום תקופת האשפוז או הטיפול המרבית (סעיף 15א לחוק), מורה על אשפוז עצור (סעיף 16 לחוק), או על בדיקת חשוד (סעיף 17 לחוק) ומקיים דיון תקופתי בעניין חולה שאושפז או נמצא בטיפול מרפאתי על פי צו (סעיף 28 לחוק).

16. הזכות החוקתית לשוויון הוכרה בפסיקה הישראלית כזכות-בת של הזכות לכבוד האדם (**פרשת התנועה לאיכות השלטון**, פס' 40 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). על פי מודל הביניים, היקפה של הזכות לשוויון כולל את אותם היבטים "הקשורים בקשר הדוק לכבוד האדם כמבטא הכרה באוטונומיה של הרצון הפרטי, בחופש בחירה ובחופש פעולה של האדם כיצור חופשי" (**פרשת התנועה לאיכות השלטון**, פס' 38 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). מודל אחר גורס כי רק פגיעה בשוויון הגורמת להשפלה וביזוי היא בגדר פגיעה בכבוד האדם (בג"ץ 4541/94 **מילר נ' שר הבטחון**, פ"ד מט(4) 94, פס' 4 לפסק-דינה של כב' השופטת דורנר (1995) (להלן: "**פרשת מילר**")). לפי הנוסחה האריסטוטלית, שוויון הוא יחס שווה לשווים ויחס שונה לשונים על פי מידת השוני ביניהם (בג"ץ 9863/06 **קר"ן נ' מדינת ישראל**, פס' 9 לפסק-דינה של כב' השופטת (כתוארה אז) חיות (פורסם בנבו, 28.7.2008)). אך השוויון אינו מחייב זהות. כך פגיעה בשוויון עשויה להתבטא ביצירת פער בין שתי קבוצות, היוצר תחושת אפליה, שיש לה קשר הדוק לכבוד האדם, במובן זה שהיא פוגעת בכבודם של חברי הקבוצה החשה מופלית (בג"ץ 7245/10 **עדאלה נ' משרד הרווחה**, פס' 53 לפסק-דינה של כב' השופטת ארבל (פורסם בנבו, 04.06.2013) (חיסוני ילדים)). לטענת המשיב, כל פעולה הדומה להסדר המוצע על ידי העותרת, יש בה כדי ליצור הפרדה אסורה, תחושת אפליה בין אוכלוסיות המאושפזים ויצירת פער ביניהן. אלה אינם עולים בקנה אחד עם הזכות לשוויון.

17. חוק הטיפול מסדיר את אשפוזו של כל אדם המוגדר חולה במחלת נפש, ומכוחו מתאפשר אשפוז באחד משני מסלולים נפרדים של אשפוז בכפייה. עם זאת, ההפרדה היא רק באופן הפרוצדורלי, המשפטי, שדרכו מגיעים המטופלים לבית החולים לצורך אשפוזם. משנכנסו בשערי בית החולים, חובת המערכת בכלל, וחובתו של המשיב בפרט, היא לנהוג בהם בשוויון. ניתן גם לעמוד על זהות מטרת האשפוז בשני המסלולים: לאבחן את האדם הלוקה בנפשו או לטפל בו (ע"פ 3854/02 **פלוני נ' הוועדה הפסיכיאטרית המחוזית למבוגרים** פ"ד נז(1) 900 (2003), פס' 8 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק (להלן: "**פרשת פלוני**")).

ד. <u>ההסדר המוצע פוגע בזכויות</u>

18. המשיב טוען שההסדר המוצע פוגע **<u>בזכות החוקתית לשוויון</u>**, שמדיניות "נפרד אך שווה", שאותה מבטא ההסדר המוצע על ידי העותרת, אינה חוקתית ושההסדר המוצע הוא הסדר גורף, במובן זה שהוא חל על כל המאושפזים במסלול הפלילי ללא הבחנה ביניהם. ככזה – ההסדר המוצע הוא בלתי מידתי ופוגע בזכות לכבוד, אף מעבר לפגיעתו בזכות לשוויון. בכך יבקש המשיב להוכיח בפני בית משפט נכבד זה כי תיקון התקנות על פי ההסדר המוצע יפגע בזכויות יסוד של המאושפזים במסלול הפלילי. לכל הפחות יוכיח המשיב כי ההסדר הקיים הוא מידתי ושומר באופן מספק על זכויותיהם של כלל המאושפזים, ובשל כך יש לדחות את העתירה ולהותיר את המצב הנוכחי על כנו.

19. הצורך לאבחן מאושפז או לטפל בו בדרך של אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי מצריך שיטת אפיון וטיפול דומה בכל חולה הבא לטיפול בבית החולים. על כן הטיפול הפסיכיאטרי שלו זכאים המאושפזים, וכן תנאי אשפוזם, חייבים להיקבע באופן מקצועי בלבד, ואין להבחין בין מאושפזים המגיעים לבית החולים במסלול הפלילי לבין אלה המגיעים במסלול האזרחי. בשתי הקבוצות מדובר באנשים בעלי מחלה נפשית או הנמצאים בהסתכלות פסיכיאטרית שנדרש לאשפזם (**פרשת פלוני**, פס' 8 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק).

20. על כך יש להוסיף גם את חזקת החפות של החולים המאושפזים מתוקף צו פלילי, המהווה נקודת מוצא בכל דיון פלילי, ולפיה אדם אינו אשם בפלילים אלא אם הוכחה אשמתו מעל לכל ספק סביר (ע"פ 339/80 **עדיקה נ' מ"י**, פ"ד לד(2), 106(1980), פס' 6 לפסק-דינה של כב' השופטת בן-פורת). חזקת החפות אף נתפסת כנגזרת של כבוד האדם, ועל כן כזכות-בת חוקתית (אהרן ברק "הקונסטיטוציונליזציה של מערכת המשפט בעקבות חוקי היסוד והשלכותיה על המשפט הפלילי (המהותי והדיוני)" **מחקרי משפט** יג, 5 (התשנ"ג- 1996), 5, 23). חזקה זו חלה גם על חשודים ועל עצירים המאושפזים במסלול הפלילי (בייחוד בשלב ההסתכלות), שנתפסים כמי שנהגו כחוק ואינם חשופים לענישה או לסנקציה (אמנון רייכמן, ליאור אבו, עומר בכמן, שרית יקוטי ואח' "מסמך רקע בנושא הזכות להליך הוגן: מגבלות הליכיות – עקרונות כללים, מוגש לועדת חוקה חוק ומשפט של הכנסת" 53 (23.02.2005)). על כן יטען המשיב כי אין סיבה ממשית להבחנה הבינארית בין המאושפזים, המבוקשת על ידי העותרת בעתירתה, וזאת גם לעניין המסוכנות הנובעת מהם.

21. טיעוניה ונימוקיה של העותרת מבוססים על הנחה מוטעית שרק המאושפזים במסלול הפלילי אלימים וכי המאושפזים במסלול האזרחי זקוקים להגנה מפניהם. אין לשלול את האפשרות כי מאושפז במסלול האזרחי יהיה מסוכן במידה זהה או דומה לזו של המאושפז במסלול הפלילי, מכיוון שאם אושפז בכפייה,

אושפז בשל סכנה לעצמו או לסביבתו. כך גם עולה מנתוני משרד הבריאות שהוצגו בפסקה 12 לכתב תגובה זה. אין להניח באופן גורף כי מסוכנות רבה יותר נובעת מהחברים בקבוצת המאושפזים במסלול הפלילי, כפי שמציע ההסדר המוצע, שכן יש בכך יחס שונה למי שאינם שונים. אם היה המשיב נאות לבקשתה של העותרת, היה חוטא בפעולה שרירותית.

22. פרשנות הוראות חוק הטיפול לצד הוראות חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו מחייבת פעולה שוויונית, תמיד, ולא רק כאפשרות (רמונה דורסט ואירית מרטיק, "רפואה ושררה – טיפול כפוי בחולה נפש מנקודת הראות של המטפל" **ממשל ומשפט** ג 119, 138 (1995)). מן הכלל אל הפרט, בהיעדר התנהגות אלימה של המאושפז, אין לאפשר את הפרדתו מיתר המאושפזים, ובוודאי אין לאפשר הפרדה גורפת בין המסלולים, ללא הבחנה בין מחלות הנפש השונות, מסוכנות המאושפז, המעשה שביצע ונסיבותיו והשלב בהליך הפלילי שבו הוא נמצא (מרדכי מרק וגיל סיגל, "הזכויות לשירותי בריאות הנפש ומדיניות הפעלתם בישראל: בין רפואה, משפט וחברה" **משפט רפואי וביו-אתיקה** כרך 2, 22, 76 (תשס"ט- 2008) (להלן: "**משפט רפואי וביו-אתיקה**").

23. מדיניות "נפרד אך שווה", שמקורה במשפט האמריקאי (Brown v. Board of Educ., 347 U.S. 483 (1954)), גורסת כי עצם ההפרדה משפילה ופוגעת בכבוד האדם ומשדרת לקבוצת המיעוט שהיא נחותה. הפרדת המאושפזים על ידי תיקון התקנות באה בגדר מדיניות של "נפרד אך שווה", המהווה כשלעצמה מדיניות מפלה. גם אם אין זו כוונת העותרת, בכל הנוגע לפגיעה בזכות לשוויון אין להסתכל על היעדר הכוונה להפלות את המאושפזים במסלול הפלילי, אלא על התוצאה המפלה שיוצרת ההפרדה (בג"ץ 11163/03 **ועדת המעקב העליונה נ' ראש ממשלת ישראל** (2006), פס' 18 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק) (להלן: "**פרשת ועדת המעקב**"). להיעדרה של הכוונה להפלות אין השפעה על קיומה של ההפליה (**פרשת עדאלה**, פס' 51 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). הדרת המאושפזים במסלול הפלילי בתקנות, מראש ובאופן גורף, ויצירת מסלול נפרד, מביאות לתוצאה מפלה שאין לקבלה.

24. ההסדר המוצע יוצר היררכיה בין המאושפזים, כשהוא מפריד את המאושפזים במסלול הפלילי מיתר המאושפזים ובכך פוגע בזכות לשוויון, פגיעה שאינה חוקתית. עלינו להיזהר מנקיטת גישה המדרגת את המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטרים, שכן זה עלול להיות מדרון חלקלק של הפרדה בין סוגי מאושפזים והענקת טיפול שונה, שלא לצורך. הדרה כזו של המאושפזים במסלול הפלילי בתקנות מייחסת להם מעמד נחות ומהווה השפלה עמוקה לקורבן ההפליה (**פרשת מילר**, פס' 4 לפסק-דינה של כב' השופטת דורנר). גם אם נפעל להעניק את אותו הטיפול בכל אחד מהמסלולים, מדובר בהבחנה ובהפרדה, שהן כשלעצמן אסורות ואינן מקובלות (**פרשת עדאלה**, פס' 68 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). כשאין צורך אמיתי לנקוט דרכי טיפול שונות, והמערכת הרפואית אינה מבחינה בין המטופלים, אין צורך בהפרדה שניתן יהיה לעמוד מאחוריו.

25. לטענת המשיב, ההסדר הקיים מאפשר לערוך בדיקה אינדיבידואלית של המסוכנות הנובעת מכל מאושפז, ומהווה יחס שווה ומכבד לכל המאושפזים, ואינו מפריד בצורה גורפת בין קבוצות מאושפזים. זאת בייחוד לאור חזקת החפות החלה על המאושפזים במסלול הפלילי, היעדר הזהות ביניהם והיעדר האחריות של החולים למעשיהם. המסקנה היא כי אין בסיס לטענה כי כל המאושפזים במסגרת ההליך הפלילי מסוכנים במידה זהה, ואינם יכולים לשהות במחיצת מאושפזים במסלול האזרחי.

26. המשיב סבור כי אין להעמיק את השוני בין המסלולים על ידי הפרדתם של המאושפזים במסלול הפלילי בתקנות. בבש"פ 2305/00 **פלוני נ' מדינת ישראל**, פ"ד נד(4) 289, פס' 38 לפסק-דינו של כב' השופט חשין (2000) נקבע:

> "השוואת מעמדם של הנוסעים במסלול האזרחי למעמדם של הנוסעים במסלול הפלילי יגלה לנו – ולא להפתעתנו – כי ראשונים מעמדם נוח משל אחרונים; המסלול האזרחי נוח לו למטופל, המסלול הפלילי קשה הימנו."

על כן סבור המשיב כי אין להקשות עוד יותר על "הנוסעים" במסלול הפלילי ולהפרידם בתקנות מיתר המאושפזים, שכן עלולה להיות בכך פגיעה ברוחם וברצונם של המאושפזים להחלים ולהשתלב בחברה, שדוחקת אותם אל שוליה.

27. לטעמו של העותר, ההסדר המוצע אף פוגע **<u>בזכות לשם טוב</u>**. הפרדת המאושפזים במסלול הפלילי מעמיקה את התווית השלילית הקיימת, לדאבוננו, בנוגע לחולי נפש בחברה (**פרשת פלוני**, פס' 15 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק, **אשפוז כפוי של חולי נפש**, 74). האשפוז במחלקה נפרדת שתיועד למאושפזים במסלול הפלילי תהיה מעין אות קלון נוסף שיישא אותו מאושפז לאחר היציאה מהאשפוז, שיגרור יחס שלילי יותר מזה שכבר קיים כלפי המאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי. תוצאה זו אינה מתיישבת עם הרצון לשקם את הלוקה בנפשו בקהילה (סעיף 1 לחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000 (להלן: "**חוק השיקום**")), ערך המגשים את כבוד האדם של הלוקה בנפשו (**משפט רפואי וביו-אתיקה**, 94, אהרן ברק "הקדמה" **זכויות כלכליות חברתיות ותרבותיות בישראל** 5 (יורם רבין ויובל שני עורכים) (2004)), ועם התפיסה המשפטית בעניין היעדר אחריותו הפלילית של הלוקה בנפשו. כך פוגעת היא בזכותו לשם טוב של מי שאינו מואשם בפלילים, אך ייתפס בחברה כעבריין שלא לצורך, אך בשל קביעת מקום אשפוזו בתקנות, ואף ללא הוכחת מסוכנות יתרה הנובעת ממנו.

28. הדרת המאושפזים במסלול הפלילי תקבע סטיגמה, תקפחם ותפגע בטיפול עד כדי הסבת נזק לחולי הנפש (מרדכי מרק "מבט מבעד לעדשה של תורת המשפט הטיפולי על אשפוז פסיכיאטרי בכפייה בישראל" **קרית המשפט** ט 83, 94 (תשע"א-2011)). כך גם אשפוזו הכפוי של הנאשם-חולה-הנפש פוגע בחירותו ובכבודו, באוטונומיה ובדימויו העצמי תוך הטלת סטיגמה בנאשם-חולה-הנפש אף זמן רב לאחר ששוחרר מבית החולים (**פרשת פלוני**, פס' 15 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). תיקון התקנות לבקשת העותרת תעצים את הפגיעה האינהרנטית בשמם הטוב של המאושפזים במסלול הפלילי, המלווה לצערנו את ההליך הטיפולי שהם עוברים.

ה. <u>ההסדר המוצע אינו מידתי</u>

29. על פי העותרת, תכלית ההסדר המוצע היא להגן על שלמות הגוף של המאושפזים במסלול האזרחי. אין חולק כי תכלית זו ראויה, שכן הגנה על זכויות יסוד היא יעד חברתי חשוב העולה בקנה אחד עם עקרונות היסוד של השיטה, המגינים על זכויות אדם (בג"ץ 1030/99 **ח"כ אורון נ' יושב ראש הכנסת**, פ"ד נו(3) 640, פס' 33 לפסק-דינו של כב' השופט אור (1999)). אך זה המקום לציין כי מטרתם של חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן: "**חוק זכויות החולה**") וחוק הטיפול בחולי נפש היא להגן על זכויותיהם של **כל** המטופלים הבאים בשערי בית החולים, מבלי להעדיף את זכויותיהם של מאושפזים מסוימים על חשבון אחרים. אין להתכחש למצוקתם של לוקים בנפשם עקב שהותם במחיצת אחרים הנמצאים במצוקה, אך מטבע הדברים הדבר עלול להתרחש גם במחיצת מאושפזים במסלול האזרחי, וזהו חלק

משיטת הטיפול המקובלת בישראל, שאינה מבודדת את כלל המאושפזים ותופסת את הבידוד כמוצא אחרון (סעיף 1 ל**חוזר המנכ"ל**).

30. כחלק מתוכנית אסטרטגית של משרד הבריאות, שכינויה "המטופל כאדם במרכז", ערך המשרד בשנת 2016 סקר חוויית מטופל במרכזים לבריאות הנפש (משרד הבריאות **סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש** (2016)). מנתוני הסקר עולה כי 78% מהנשאלים מרוצים מהתנאים הפיזיים בבית החולים שבו הם שוהים, ואף 90% מהנשאלים מרוצים מטיפול הצוות. כך, 68% שבעי רצון כללית מהאשפוז הפסיכיאטרי ו-76% העידו שהם נכונים להמליץ על בית החולים. נתונים אלה מצביעים על הקפדה על זכותם של המאושפזים לטיפול נאות, על אף האילוצים התקציביים שבהם נתקל משרד הבריאות והקשיים הטבעיים הנובעים מאשפוז בכלל, ומאשפוז בכפייה בפרט (עמ' 8-6).

העתק הסקר מצורף בתור **נספח מש/2** לתגובה זו.

31. ההסדר הקיים בחוזר המנכ"ל מיישם את הוראות סעיף 1 לחוק זכויות החולה, שמטרתו "לקבוע את זכויות האדם המבקש טיפול רפואי או המקבל טיפול רפואי ולהגן על כבודו ועל פרטיותו". חוזר המנכ"ל מאפשר הענקת טיפול רפואי גם למי שנשקפת מהם סכנה ומוגדרים כ"מטופלים בסיכון גבוה" ובכך הוא מיישם את הוראות סעיף 3(א) לחוק בדבר הזכות לטיפול רפואי: "כל הנזקק לטיפול רפואי זכאי לקבלו בהתאם לכל דין ובהתאם לתנאים ולהסדרים הנהוגים, מעת לעת, במערכת הבריאות בישראל". זאת ועוד, נוהג הוא על פי כלל איסור ההפליה הקבוע בסעיף 4 לחוק: "מטפל או מוסד רפואי לא יפלו בין מטופל למטופל מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית, גיל או מטעם אחר כיוצא באלה". כאשר הוא מאפשר להקנות טיפול שונה רק על בסיס המסוכנות הנובעת מהמאושפז ולא על בסיס קריטריונים מפלים. נוסף על כך, חוזר המנכ"ל מאפשר הענקת טיפול רפואי נאות, לפי הוראת סעיף 5 לחוק, הקובעת כי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש". ההסדר הקבוע בחוזר המנכ"ל מבטיח שמירה על הרמה המקצועית והאיכות הרפואית של האשפוז הפסיכיאטרי, תוך הרחקתם של מי שישנו חשש שיפגעו במאושפזים אחרים ובכך יפגמו ברמת הטיפול. זאת, תוך הענקת יחס אנושי למאושפזים ושמירה על כבודם, תוך הדרתם רק אם נשקפת מהם סכנה למאושפזים אחרים או לעצמם.

32. הפרדת המאושפזים במסלול הפלילי עשויה לפגוע באפשרות לשקמם ולשלבם בקהילה (סעיף 1 לחוק השיקום). כבר נפסק כי "אשפוזו הכפוי של הנאשם-חולה-הנפש פוגע בחירותו ובכבודו, באוטונומיה ובדימויו העצמי תוך הטלת סטיגמה בנאשם-חולה-הנפש אף זמן רב לאחר ששוחרר מבית החולים" (**פרשת פלוני**, פס' 15 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). קל וחומר שההפרדה תיצור סטיגמה שעלולה לפגום בסיכוייו של המאושפז במסלול הפלילי להשתלב בקהילה לאחר אשפוזו. הדבר מצער במיוחד אם המאושפז הופרד שלא לצורך. על כן על הפרדתו של מאושפז מיתר המאושפזים להיעשות על בסיס הבחנה מקצועית של מנהלי בתי החולים הפסיכיאטריים ולפי שיקול דעתם, ואין לקבוע הסדר גורף בהקשר זה.

33. במסגרת בחינת המידתיות יש לבחון תחילה את **<u>מבחן הקשר הרציונלי</u>**: האם קביעת ההסדר המוצע בתקנות תממש את התכלית שלשמה נועד ההסדר. על האמצעי שנבחר להוביל להגשמת תכלית התקנות והחוק בהסתברות שאינה קלושה או תיאורטית בלבד (בג"ץ 5304/15 **ההסתדרות הרפואית בישראל נ' כנסת ישראל** פס' עט לפסק-דינו של המשנה לנשיאה רובינשטיין (פורסם בנבו, 11.9.2016)). על אף טענות

העותרת, אין בהפרדתם של המאושפזים במסלול הפלילי מיתר המאושפזים, באמצעות תיקון התקנות, כדי להגשים את המטרה של שמירה על שלמות גופם של כלל המאושפזים. כפי שפורט לעיל, לא ניתן לאפיין באופן חד-משמעי את המאושפזים במסלול האזרחי כלא-אלימים, ועל כן אין הכרח שהפרדת המאושפזים במסלול הפלילי באופן גורף תפחית את האלימות בבתי החולים הפסיכיאטרים, כל-שכן את האלימות כלפי כל המאושפזים.

34. האמצעים המידתיים שנוקט המשיב הם דווקא אלה המקיימים קשר רציונלי מובהק יותר למטרה של שמירת שלמות הגוף של החולה המאושפז. הגברת האבטחה והפרדת מאושפזים שמהם נשקפת רמת מסוכנות גבוהה והעלולים לפגוע במאושפזים סביבם, הן אמצעים פרטניים המאפשרים אבחון מדויק יותר של הצורך הטיפולי כלפי המטופל וכלפי יתר המטופלים בבית החולים. אף אם נניח כי קיים קשר רציונלי בין הפרדת המאושפזים הפליליים בתקנות ובין התכלית של הגנה על מאושפזים אזרחיים, אין זה אמצעי ראוי, משום שכאמור הוא פוגע בזכות של המאושפזים במסלול הפלילי לשוויון ובזכויות נוספות. כדי לנקוט אמצעי כזה, נחוצה הסתברות ברמת ודאות גבוהה שהאמצעי ישיג את המטרה, הסתברות שלדעת המשיב לא הוכחה על ידי העותרת.

35. נפסק כי אמצעי חקיקתי עשוי להיות בלתי חוקתי אם החסרונות הנגרמים לפרט בעקבותיו עולים במשקלם על היתרונות הצומחים ממנו לחברה (בג"ץ 1715/97 **לשכת מנהלי ההשקעות נ' שר האוצר**, פ"ד נא(4) 367 (1997), פס' 58 לפסק-דינה של כב' השופטת דורנר). לפיכך, ולנוכח חסרונותיו הרבים של ההסדר המוצע, הבאים לידי ביטוי בעלויות גבוהות שיגרעו מתקציב משרד הבריאות, היעדר כוח אדם בשל הטיפול המקביל במספר רב יותר של מחלקות ופגיעה במאושפזים במסלול הפלילי, וללא צפי לשיפור ממשי בביטחונם של המאושפזים במסלול האזרחי, המשיב אינו רואה לנכון לבחון בשטח את ההסדר המוצע (למשל על ידי ביצוע פיילוט). כמו כן העתירה מתעלמת מן הסכנה האפשרית הנשקפת גם מהמאושפזים במסלול האזרחי, שיוזכר שחלקם מאושפזים בכפייה עקב מסוכנותם לעצמם או לסביבתם, ובכך עלולים גם הם לנטות לאלימות.

36. יתרה מזו, הקמת מחלקות נפרדות לא בכל בתי החולים הפסיכיאטריים תחייב את העברתם של מאושפזים לאזורים שאינם קרובים לביתם, דבר שיקשה על ביקורים וקרבה לקהילה ולמשפחה, שהם תנאי חשוב להצלחת הטיפול (נוהל אגף לבריאות הנפש 51.014 "נוהל עבודה עם משפחות של מטופלים באשפוז פסיכיאטרי" סעיף 1 (01.06.2017) (בג"ץ 4090/12 **צביאל רופא נ' ראש הממשלה**, עמ' 2 לפסק-דינו של כב' השופט רובינשטיין (פורסם בנבו, 31.12.2013) (להלן: "**פרשת צביאל רופא**").

37. בהמשך למבחני המידתיות יש לבחון **אם מדובר באמצעי שפגיעתו הפחותה ביותר** – האם ניתן להגשים את מטרת החוק על ידי שימוש באמצעי אחר שמגביל את הזכות החוקתית במידה פחותה. מבין האמצעים הרציונליים המגשימים את המטרה הראויה, על הרשות המנהלית לבחור באמצעים המגבילים את הזכות החוקתית במידה הפחותה ביותר (אהרן ברק, "מידתיות: מתודולוגיה ודמוקרטיה" **ספר אור** 19, 33, 41 (2012)). לשם כך על המשיב להפעיל סמכותו תוך שהוא מוודא שהאמצעי הנבחר אינו פוגע בזכות החוקתית לשוויון ובכבוד האדם מעבר לנדרש להשגתה של התכלית הראויה, שהיא הטיפול הנדרש לפי חוק הטיפול ושמירה על שלמות הגוף של המאושפזים במסלול האזרחי כמו גם במסלול הפלילי (בג"ץ 7052/03 **עדאלה נ' שר הפנים**, פ"ד סא(2) 202, פס' 68 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק (2006) (להלן: "**פרשת עדאלה – איחוד משפחות**").

38. ההסדר הקיים מאפשר בדיקה פרטנית של מסוכנות המאושפז והרחקתו בעת הצורך מיתר החולים המאושפזים בבית החולים, ובכך אינו פוגע בזכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לכבוד ולשוויון. כל

הסדר אחר יהווה כאמור הסדר גורף אסור. פעמים רבות נזהרו בתי המשפט מלקבוע כללים גורפים מדי להגבלה של זכויות יסוד, העלולים להיות כללים לא מידתיים להגשמת תכלית החוק. נפסק כי הצורך לנקוט אמצעי שפגיעתו פחותה, מונע לעתים קרובות את השימוש בהסדר גורף (**פרשת עדאלה – איחוד משפחות**, פס' 69 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק). קיימת מעין חזקה כי ברבים מהמקרים השימוש באמת מידה פרטנית-אינדיבידואלית משיג את התכלית הראויה תוך שימוש באמצעי שפגיעתו בזכות האדם פחותה. במקרה דנן לא זו בלבד שישנו אמצעי שפגיעתו בשוויון פחותה, המהווה תחליף ראוי להפרדה הגורפת, אלא שזהו <u>ההסדר הקיים</u>. הסדר זה מתאים לענייננו וגם מחזק את השמירה על זכויות המאושפזים, כשהוא מחייב לנמק בכל החלטה הקובעת מתן טיפול שונה למאושפז, את הנסיבות המחייבות זאת (**משפט רפואי וביו-אתיקה**, 76).

39. במסגרת מבחן המידתיות, יש לעמוד גם על עלותו הכספית של ההסדר המוצע ועל העול הכלכלי שהוא עשוי להטיל על המדינה. כבר נפסק כי פער ניכר בעלות בין האמצעי שבו בחרה המדינה לבין האמצעי החלופי שמציעה העותרת, עשוי להוציא את האמצעי החלופי מגדר האמצעים שנקיטתם אפשרית. זאת משום ש"על האמצעי החלופי לדמות לזה שנבחר בכל היבטיו, זולת במידת הפגיעה שהוא מסב לזכות המוגנת" (בג"ץ 466/07 **גלאון נ' היועץ המשפטי לממשלה**, פ"ד סה(2) 44, פס' 38 לפסק-דינו של כב' השופט לוי (2012)). ההסדר המוצע יביא עמו עלויות רבות למשיב ולמדינה, הכוללות בין היתר עלויות הקמת מרכזים נוספים לבריאות הנפש או מחלקות נפרדות בתוך מרכזים אלו, ועלויות העסקה של מטפלים נוספים, בשל ההפרדה המבנית בין המאושפזים. לעומתו, ההסדר הקיים בעל עלות נמוכה יחסית, בשל העובדה שמסוכנותו של הנאשם נבדקת ממילא בשלבים מוקדמים יותר.

40. במסגרת מבחני המידתיות יש מקום גם לבחון היבט זה **<u>במובנו הצר</u>**, ולראות אם יתקיים יחס ראוי בין החשיבות החברתית שבמימוש התכלית הראויה, קרי: התועלת ששמסב האמצעי הנבחר, לבין החשיבות החברתית שבהגנה על הזכות החוקתית או מניעת הפגיעה הנוספת שמסב האמצעי הנבחר, הוא הנזק. מבחן זה עוסק בתוספת השולית הנגרמת בעקבות האמצעי הנבחר (אהרן ברק, **מידתיות במשפט – הפגיעה בזכות החוקתית ומגבלותיה**, 433-432 (2010)). השאלה מצטמצמת אך לבחינת תוספות היתרון והנזק אשר נגרמות בעקבות ההסדר המוצע לעומת ההסדר הקיים.

41. במקרה דנן יש לבחון אם התוספת השולית שההסדר המוצע משיג לזכותם של המאושפזים במסלול האזרחי לשלמות הגוף (אם בכלל) שווה לתוספת הנזק השולית הנגרמת לכבודם, ולזכותם לשוויון ולשם טוב של המאושפזים במסלול הפלילי (ואף זכותם שלהם לשלמות הגוף) (בג"ץ 466/07 **גלאון נ' היועץ המשפטי לממשלה**, פ"ד סה(2) 44, פס' 21 לפסק-דינו של כב' השופט ג'ובראן (2012)). במצב הקיים חל הסדר מידתי, המאפשר פגיעה בזכות לשוויון של מאושפזים רק כאשר נובע מהם סיכון גבוה לעצמם או לזולתם. יתרה מזו, ההסדר הקיים מאפשר לנקוט אמצעים שאינם הפרדה, לצורך מיגור תופעות אלימות, כמו הענקת טיפול ייחודי. נוסף על כך מאפשר ההסדר הקיים להגן על גופם של <u>כלל המאושפזים</u> ללא הבחנה ביניהם ובכך מאפשר להגן <u>טוב יותר</u> על הזכות המצרפית לשלמות הגוף. בכך מקיים ההסדר יחס ראוי בין ההגנה על שלמות גופם של <u>כלל המאושפזים</u> לבין זכותם לשוויון, מכיוון שאינו מפלה, אלא מבצע הבחנה מותרת בין מאושפזים בעלי מסוכנות שונה.

42. לעומת זאת, תוספת הביטחון שההפרדה הגורפת מביאה עימה לכאורה, אינה הולמת את תוספת הנזק הנגרמת לשוויון של המאושפזים במסלול הפלילי. תוספת ההגנה על הזכות לשלמות הגוף המושגת מזניחת הבדיקה האינדיבידואלית ומהמעבר להפרדה גורפת בין המאושפזים, גוררת אחריה פגיעה כה קשה בשוויון, עד כי אותו מעבר אינו מידתי. יתר על כן, העותרת לא הצליחה להוכיח כי להסדר המוצע

תוספת שולית להגנה על זכותם לשלמות הגוף של המאושפזים במסלול האזרחי, כלומר שהוא מגן בצורה טובה יותר על שלמות הגוף.

43. נוסף על כך, אין העותרת מביאה בחשבון בהסדר המוצע את התוספת השולית לפגיעה בזכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לשלמות הגוף, שעשויה להתקיים עקב הפרדתם. כך גם יש להתחשב בשיקולים שונים כגון העלויות הכלכליות המשמעותיות הכרוכות בייעוד מחלקות למאושפזים במסלול הפלילי, שיקולים מקצועיים של רצף אשפוז-קהילה וגם שיקולים מעשיים של תפוסת בתי חולים, שיש להם מקום (פרשת **צביאל רופא**).

ו. <u>סמכותו המנהלית של המשיב ושיקול דעתו</u>

44. העותרת טוענת כי הימנעות המשיב מלהפעיל את סמכותו לוקה בחוסר סבירות. אין לקבל את שני חלקיו של טיעון זה. ראשית, המשיב הפעיל את סמכותו על פי הוראות החוקים המסמיכים: סעיף 46 לחוק הטיפול בחולי נפש וסעיף 32 לחוק זכויות החולה. שנית, המשיב הפעיל את סמכותו בשיקול דעת ובסבירות, כפי שיפורט בהמשך.

45. המשיב, האמון על התקנת התקנות מכוח חוק הטיפול, קבע את מסגרת הנהלים לטיפול בחולים בסיכון גבוה. משרד הבריאות נדרש להוציא חוזר מנכ"ל בעניין זה במטרה למזער את השימוש באמצעים של הגבלה מכנית ובידוד. זאת מתוך ראייה קלינית הומנית ו"בהלימה ל'עמוד האש' המשרדי של ראית המטופל במרכז". המשיב סבור כי "צמצום השימוש באמצעים אלה חיוני להבטחת כבוד המטופל, בריאותו ורווחתו, ועולה בקנה אחד עם אקלים בטוח ומקצועי במחלקות האשפוז הפסיכיאטרי" (**חוזר המנכ"ל**).

46. מעמדו של חוזר המנכ"ל הוא של הנחיה מנהלית, המוגדרת כהנחיה חיצונית, היוצאת מגורמים במִנהל הציבורי אל הרשות המנהלית (בג"ץ 5413/07 **פלוני נ' מדינת ישראל משרד הבריאות**, פ"ד סב(2) 856, פס' י"א-י"ב לפסק-דינו של כב' השופט (כתוארו אז) רובינשטיין (2007)). מעמדן ומשקלן של ההנחיות המנהליות עשוי להשתנות מהנחיה להנחיה, בעיקר לפי מקורן והנושא שבו הן עוסקות, וככל שהן עומדות במבחן הסבירות, מדובר בהמלצות שהרשות רשאית לאמצן (יצחק זמיר **הסמכות המינהלית כרך ב – ההליך המינהלי (מהדורה שנייה מורחבת)** 776 (2011) (להלן: "**הסמכות המנהלית**").

47. למשרד הבריאות, ככל רשות מנהלית, עומדת **חזקת התקינות המנהלית**. לפי חזקה זו, הרשות אינה נדרשת להראות שפעולתה תקינה, אלא על הטוען לאי-תקינות להרים את נטל הראיה לסתירת החזקה ולהביא ראיות שיש בהן כדי להטיל ספק מהותי בשיקוליה של הרשות (ע"א 3901/11 **מחקשווילי נ' רשות המיסים בישראל**, פס' 23-22 לפסק-דינה של כב' השופטת ברק-ארז (פורסם בנבו, 7.8.2012)). תפיסה זו מקורה בחזקה שכל פעולה מנהלית נעשתה כדין (רע"פ 1088/86 **מחמוד נ' הוועדה המקומית לתכנון ולבניה הגליל המזרחי**, פ"ד מד (2) 417, פס' 2 לפסק-דינו של כב' השופט מלץ (1990)). לדעת המשיב, העותרת לא עמדה בנטל הראיה האמור, ומכאן שאין עילה להתערבות בהחלטת המשיב שלא לנהוג על פי ההסדר המוצע.

48. המשיב סבור שיש להותיר את שיקול הדעת בעניין מושא העתירה בידי הגורמים המקצועיים והמומחים בטיפול במאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים, להם עומדת חזקת התקינות המנהלית. ככלל, נטייתו של בית משפט נכבד זה היא לפעול בריסון בכל הנוגע לשיקול הדעת המנהלי, שכן אין נוטה בית המשפט להחליף את שיקול דעתה של הרשות בשיקול דעתו שלו (**פרשת עדאלה**, פס' 78 לפסק-דינו של כב' הנשיא

ברק).

49. על משרד הבריאות, כמו כל רשות מנהלית, להפעיל את שיקול דעתו בסבירות, תוך איזון ראוי בין השיקולים הרלוונטיים ומתן משקל יחסי ראוי לכל אחד מהם (בג"ץ 389/80 **דפי זהב נ' רשות השידור**, פ"ד לה(1) 421 (1980), פס' 5,11 לפסק-דינו של כב' השופט (כתוארו אז) ברק). על כן מחויב המשיב, בבואו לשקול את ההסדר המוצע, לאזן בין זכותם של המאושפזים האזרחיים להגנה על גופם וכבודם לבין זכויותיהם של מאושפזים במסלול הפלילי לכבוד ולשוויון. במסגרת איזון זה יש לשקול גם את זכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לקבל הגנה על גופם וכבודם מפני אלימות של מאושפזים אחרים.

50. שיקול נוסף הוא החשש להעמקת התווית השלילית הדבקה במאושפזים במסלול הפלילי, אם יורו התקנות על השמתם במחלקה נפרדת. שיקול נוסף הוא שהותם של המאושפזים במסלול הפלילי באשפוז למשך תקופת זמן בלתי קצובה, עקב היעדר חקיקה הקובעת "תקופת גג" לאשפוז במסלול הפלילי, להבדיל מהאשפוז במסלול האזרחי, ומכאן שהנזק הצפוי מההפרדה עלול להיות ממושך (**פרשת פלוני**, פס' 14 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק, **אשפוז כפוי של חולי נפש**, 81). לאור מכלול השיקולים, מדיניות של אשפוז משותף של המאושפזים בשני המסלולים, תוך הענקת סמכות למנהל בית החולים להעניק טיפול מותאם למאושפזים בסיכון גבוה, נמצאת במתחם הסבירות של שיקול הדעת המסור למשיב. על אחת כמה וכמה בהיעדר יכולת להסיק במובהק מתוך הנתונים הקיימים, שאכן נשקפת סכנה למאושפזים במסלול האזרחי בשל הימצאותם לצד אלה מהמסלול הפלילי, שעשויה להצדיק נקיטת מדיניות אחרת.

51. שיקולים נוספים שעליהם עמד המשיב בעת שקיבל את ההסדר הקיים, ושלל את ההסדר המוצע, הם השיקול המקצועי של שמירת רצף אשפוז-קהילה, דהיינו רצף טיפולי בין מערך האשפוז לשירות הקהילתי (ועדת החקירה לבדיקת תפקודה ויעילותה של מערכת הבריאות בישראל **דו"ח הועדה**, 398 (1990) ("ועדת נתניהו")), שיקולים מעשיים של תפוסת בתי החולים הפסיכיאטריים, ושיקולים תקציביים של התנהלות בתקציב נמוך, תיעדוף על פי דחיפות וחשיבות הפעולה המנהלית.

52. העותרת מלינה בעתירתה על היעדר תשתית עובדתית מספקת היורדת לשורש ההליך, אך דומה שאין זו סיבה מספקת לשינוי ההסדר הקיים. המשיב איננו מעלים עין מהנתונים, ועל כן הקים את **הוועדה למיגור האלימות**. יתרה מזו, כשלים באכיפת הוראות נוהל מס' 60.002 "תיעוד ודיווח על אירועי אלימות והתעללות במהלך טיפול פסיכיאטרי" שירותי בריאות הנפש – משרד הבריאות (1.6.2017) אינם מהווים הצדקה לשינוי הדין החל על מאושפזים. כמו כן, בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 20/12 מיום 01.11.2012, שכותרתו "טיפול בחשד לאלימות כנגד חסרי ישע המטופלים במערכת הבריאות", נקבעה אחריותם של מנהלי הרפואה של מוסדות בריאות, ובהם בתי החולים הפסיכיאטריים, להעביר הודעה על אירוע חריג על כל חשד לאלימות כלפי חסר ישע, לשלושה גורמים במשרד הבריאות. כך מקיים המשיב את חובתו כמפקח בעת קבלת דיווחים על מקרי אלימות והתמודדות עימם באמצעים הראויים לפי שיקול דעתו.

53. אין בעובדה שהמשיב לא נקט צעדים הנראים לעותרת כנכונים, כדי להעיד על חוסר סבירות כלשהו בשיקול דעתו של המשיב בנוגע לסוגיה הנדונה. בשאלה המנהלית אין מקום לבחון את טיב ההחלטה אלא את סמכותו של המשיב ואופן הפעלת שיקול דעתו. בשני אלה, לטענתו של המשיב, הוא פעל כדין. ודוק, נושא העתירה הוא עניין של מדיניות חברתית-כלכלית. כלל גדול הוא כי הערכת המדיניות הזאת

אינה מתפקידו של בית המשפט הנכבד, בייחוד כאשר המדיניות שבה נוהג המשיב עולה בקנה אחד עם עקרונותיו של החוק (בג"ץ 7716/11 **אסותא מרכזים רפואיים נ' שר הבריאות** (2013), פסק-דינו של כב' השופט סולברג).

54. המשיב מבקש להרחיב על אודות הדרכים שבהן משרדו פועל לשיפור שירותי בריאות הנפש בשלוש רפורמות: "הרפורמה המבנית", "הרפורמה השיקומית" ו"הרפורמה הביטוחית" (דו"ח המבקר, עמ' 539-540). רפורמות אלה הביאו להפחתת הצפיפות בבתי החולים הפסיכיאטריים, מתן שירותי שיקום הולמים, העברת השירותים הפסיכיאטריים לקופות החולים והכללת שירותים אלה בתוספת השנייה ל**חוק ביטוח בריאות ממלכתי**, התשנ"ד-1994. בהתחשב ברפורמות רוחביות אלה, אין ממש בטענת העותרת כי המשיב אינו מקיים את חובתו להפעיל סמכותו לשפר את שירותי בריאות הנפש. יתרה מזו, השר הפעיל את הסמכות הנתונה לו לפי סעיף 46 לחוק הטיפול והוציא את חוזר המנכ"ל, שבו נקבע ההסדר הקיים, המצורף כנספח מש/1 לעתירה..

55. המשיב מכיר בחובתו לדאוג לזכויות המאושפזים ולביטחונם, ודואג למלא חובה זו כלפי כל המאושפזים, ולא רק כלפי קבוצה אחת מהם. במסגרת תוכנית העבודה לשנת 2018 נקבע יעד מס' 5.3 של משרד הבריאות, במסגרת "עמוד האש" המכונה "המטופל במרכז", העוסק בצמצום ההגבלות והבידודים ושילוב פרקטיקות מיטביות של טיפול במטופל במרכז בבריאות הנפש (משרד הבריאות **תכניות עבודה משרד הבריאות 2018** (2018)). כמו כן, בימים אלה עורך משרד הבריאות ניסוי חלוץ (פיילוט) לבחינת אבטחה מוגברת במחלקות הפסיכיאטריות, באמצעות הצבת מאבטחים, בייחוד בהתמודדות עם עצירים (**דו"ח המבקר**, 574). אף חטיבת המרכזיים הרפואיים הממשלתיים במשרד התגייסה למאמץ, ועורכת סבבי בטיחות בבתי החולים הפסיכיאטריים על בסיס קבוע. מטרת סבבים אלה היא שיפור בטיחות המטופל וסביבת העבודה, באמצעות ביקורי אנשי היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים (סעיף 2 לחוזר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים 03/2017 "סיורי בטיחות במרכזים הרפואיים הממשלתיים" (02.07.2017)).

העתק חוזר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים מצורף בתור **נספח מש/3** לתגובה זו.

1. נתונים אלה, בצירוף ההנחיה המנהלית המחייבת את מנהלי בתי החולים לקבוע מדיניות לטיפול במטופלים בסיכון גבוה (סעיף 15 לחוזר המנכ"ל), מעידים על עיסוקו הפעיל של המשיב במימוש זכויותיהם של המאושפזים. להשלמת התמונה, האגף לבריאות הנפש עמל זה שנים מספר על הטמעת אמצעי חדש בשם Historical, Clinical, Risk Management-20 – HCR 20 שמטרתו הערכת מסוכנות של אנשים עם מוגבלות נפשית ("מחקר לניבוי מסוכנות לנפגעי נפש – תיקוף ה-HCR 20", www.health.gov.il/Subjects/ HCR-20.aspx). אמצעי זה יש בו כדי לסייע באבחון מסוכנות גם טרם קבלת החלטה של ועדה פסיכיאטרית בנושא המשך אשפוז כפוי, אזרחי או פלילי (יהושע וייס ורוני בנצור **כלי הערכה מובנים להערכת עבריינים סקירת ספרות** מדינת ישראל משרד הרווחה והשירותים החברתיים אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה ושירות המבחן למבוגרים (פברואר 2010)).

56. העותרת סומכת ידה על הליקויים שנמצאו בדו"ח המבקר ומלינה על כך שאין המשיב ממלא את המלצותיו. המשיב אינו מקל ראש בחשיבותו של דו"ח המבקר, ומפעיל שיקול דעתו בקבלת המלצותיו. אך חשוב לציין כי אין לראות בדו"ח המבקר בגדר הכרעה שיפוטית, ואין בו כדי לקבוע מסמרות באשר לעובדות ולמשמעותן המשפטית (בג"ץ 232/16 **התנועה למען איכות השלטון בישראל נ' ראש ממשלת ישראל**, [פורסם בנבו] (08.05.2016)).

57. הפרדה גורפת בתקנות, של המאושפזים במסלול הפלילי מכלל המאושפזים, היא בגדר הסדר בעל משמעות חברתית וכלכלית רחבה, שיש בו כדי לשקף את יחסה של החברה למאושפזים במסלול הפלילי. על כן לגישת המשיב, שינוי התקנות בנושא המוצע על ידי העותרת מצריך חקיקה ראשית, שכן במהותו מדובר בנושא שהוא הסדר ראשוני באופיו (בג"ץ 3267/97 **רובינשטיין נ' שר הביטחון**, פ"ד נב(5) 481 (2000), פס' 19 לפסק-דינו של כב' הנשיא ברק).

58. ההסדר הקיים הוא נורמה הקשורה לביצוע האשפוז הפסיכיאטרי, המגשימה את החובה להעניק טיפול רפואי נאות למאושפזים, על ידי שמירה על ביטחונם האישי מחד גיסא, והענקת טיפול שווה, מקצועי ומותאם אישית לכל מאושפז מאידך גיסא (סעיפים 5-4 לחוק זכויות החולה). כמו כן, זיהוי מאושפזים בעלי סיכון גבוה, וטיפול בהם, דורשים מומחיות. בשל אלה, ההסדר הקיים מהווה הסדר משני, המצוי בסמכותו של המשיב. שלא כמו המצב הקיים, ההסדר המוצע מהווה שינוי מדיניות כללית, הכרוך בעלויות רבות ובעל השפעה רחבה על מערך הטיפול בחולי הנפש. אלה נובעים מהצורך להקים מחלקות נפרדות ואף להעניק טיפול שונה במסגרתן, בניגוד למצב הקיים המשמר את הטיפול הרפואי השווה בשני סוגי המאושפזים, תוך הבחנה מנהלית בלבד בקבלת החלטות בעניין עצם האשפוז, השחרור, חופשה וכיוצא באלה.

59. בשל היותו של ההסדר המוצע בעל השלכות חברתיות נרחבות על המאושפזים במסלול הפלילי ובעל השפעות ארוכות טווח על אופן אשפוזם, ראוי שהחלטה כאמור תתקבל בהחלטת המחוקק, גם לו המשיב היה מסכים עם עמדת העותרת (**פרשת ועדת המעקב**, פס' 28 לפסק-דינו של כב' השופט חשין (2006)). על כן ההסדר המוצע מהווה הסדר ראשוני ובשל כך אינו מצוי בסמכותו של המשיב.

60. יתרה מזו, וכפי שהוצג לעיל, הסדר הפוגע בזכויות אדם של המאושפזים במסלול הפלילי, אין מקום לעשותו בחקיקת משנה (בג"ץ 10203/03 **"המפקד הלאומי" בע"מ נ' היועץ המשפטי לממשלה**, פ"ד סב(ה) 715, פס' 30 לפסק-דינה של כב' הנשיאה נאור (2008)). הקביעה אם ההסמכה שניתנה היא מפורשת דיה, נעשית על פי חשיבותה של הזכות הנפגעת, עומק הפגיעה שנגרמה וחשיבותו של האינטרס שהגשמתו פגעה בזכות החוקתית (פס' 12 לפסק-דינה של כב' הנשיאה בינייש). על כן אין בסעיפי ההסמכה הכלליים הקבועים בחוק הטיפול משום "הסמכה מפורשת".

61. נוסף על כך, קבלת ההסדר המוצע אינה עומדת בהוראות סעיף 35(א) לחוק הטיפול. בסעיף זה נתן המחוקק את דעתו כי לא ראוי לפגוע בזכויותיו של הסובל ממחלת נפש אלא בחקיקה ראשית (סעיף 1 לחוק הטיפול). כפי שצוין לעיל, המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים, ובייחוד אלה המאושפזים בכפייה, בעלי יכולת פחותה להגן על זכויותיהם, ועל כן ראוי שהמחוקק יגן עליהן ביתר שאת.

ז. <u>סוף דבר</u>

62. לעמדת המשיב, וכפי שנטען בכתב תשובה זה, ההסדר הקיים הוא ההסדר הנכון והמיטבי בנסיבות העניין, ואילו העתירה מציעה הסדר הפוגע בזכויות היסוד לכבוד ולשוויון של המאושפזים במסלול הפלילי באופן שאיננו עולה בקנה אחד עם תנאיה של פסקת ההגבלה בחוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו ועם יתר הוראות החוק הספציפיות לעניין אשפוז בבתי החולים הפסיכיאטריים.

63. אין מדובר באמצעי המסדיר מנגנונים מאוזנים וראויים, כפי שניסתה העותרת לטעון בעתירתה, אלא בהסדר שאיננו מידתי, המשקף מדיניות מפלה כלפי קבוצת המאושפזים במסלול הפלילי. חוסר

המידתיות נובע בעיקר מעצם היותו של ההסדר גורף כלפי כל המאושפזים במסלול הפלילי, מבלי שהוכחה הסכנה הנשקפת מהם למאושפזים במסלול האזרחי או למאושפזים אחרים. כן משקף ההסדר המוצע מדיניות של "נפרד אך שווה" הפוגעת כשלעצמה בכבודם של המאושפזים במסלול הפלילי, והמשדרת לקבוצת המיעוט שהיא נחותה.

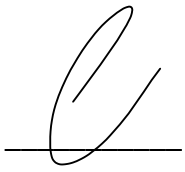
64. יתרה מזו, לא הצליחה העותרת להוכיח כי ההסדר המוצע תורם במידה רבה יותר לביטחונם ולזכותם לשלמות הגוף של המאושפזים במסלול האזרחי או להציג נתונים התומכים בהשערתה כי נשקפת סכנה רבה יותר מאת המאושפזים במסלול הפלילי. בשל כך, ובשל העובדה שההסדר המוצע לא משקף איזון ראוי בין זכויות היסוד של כלל המאושפזים ולא מגן עליהן בצורה מיטבית, אין מקום להוצאת העלויות הכרוכות בהסדר המוצע.

65. נוסף על כך, המשיב הוכיח כי קיים את חובתו להפעיל סמכותו בנושא, וכי נקט אמצעים רבים במטרה לפתור את בעיית האלימות הפוטנציאלית בבתי החולים. המשיב התקין את חוזר המנכ"ל, ביצע שלוש רפורמות מקיפות במשרד הבריאות, דרש להקים מערך אבטחה מחוזי ברמת ביניים אשר יספק מענה לצווי ההסתכלות, וממשיך לבחון קיומה של אבטחה מוגברת במחלקות הפסיכיאטריות. זאת ועוד, המשיב הוציא הנחיות מנהל רפואה בנוגע לכבילת אסירים ועצירים במוסדות רפואה, הקים את ועדת מיגור האלימות, עמל על הטמעת בדיקה להערכת מסוכנות, ופועל ליישומן של הוראות החקיקה הנוגעת ללוקים בנפשם לרבות חוק טיפול בחולי נפש. על כן אין לצוות על המשיב לנקוט הסדר ששיקול דעתו המקצועי קובע כי הוא אינו נכון, ובייחוד אין לצוות על המשיב לנקוט הסדר שמשמעותו היא פגיעה בזכותם של המאושפזים במסלול הפלילי לשוויון, והכרוך בעלויות רבות.

66. עוד יובהר כי ההסדר המוצע עלול להביא לפגיעה קשה בזכויות רבות אחרות של המאושפזים במסלול הפלילי, ובהן הזכות לקבל טיפול בהתאם למצבו הרפואי של המאושפז, הנובעת מחוק הטיפול בחולי נפש, הזכות לטיפול רפואי נאות, איסור הפליה, הזכויות הנובעות מחוק זכויות החולה, הזכות לשילוב ושיקום בקהילה הנובעת מחוק השיקום, הזכות לשם טוב והזכות להמשך טיפול נאות.

67. כמו כן, ההסדר המוצע הוא הסדר בעל אופי ראשוני, ולכן הוספתו לתקנות אינה בסמכות המשיב. ראוי שהרשות המחוקקת תיתן דעתה לפגיעה שההסדר המוצע מסב לזכויות אדם טרם שייושם במערכת בריאות הנפש בישראל.

68. לנוכח כל האמור, מתבקש בית המשפט הנכבד לדחות את העתירה על כל חלקיה ולהשאיר את שיקול הדעת בנושא לשר הבריאות, ובכך להשאיר את ההסדר הקיים על כנו.



שני שוופי, ב"כ המשיב

בג"ץ 1347/20

עמותת "קול אדם" נגד שר הבריאות

<u>רשימת נספחים</u>

נספח	שם הנספח	עמוד
מש/1	העתק חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 10/2018 "הגבלה מכנית ובידוד מטופלים באשפוז פסיכיאטרי" (1.4.2018)	7-1
מש/2	העתק סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש (2016)	8-6
מש/3	העתק חוזר חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים 03/2017 "סיורי בטיחות במרכזים הרפואיים הממשלתיים" (02.07.2017)	5-1

נספח מש/1

העתק חוזר מנכ"ל
משרד הבריאות
10/2018 "הגבלה מכנית
ובידוד מטופלים
באשפוז פסיכיאטרי"
(1.4.2018)

ט״ז ניסן, תשע״ח
1 אפריל, 2018
מס׳: 10/2018

הנדון: <u>הגבלה מכנית ובידוד מטופלים באשפוז פסיכיאטרי</u>

סוגית ההתמודדות עם הגבלת מטופלים או בידודם אינה ייחודית למדינת ישראל. מערכות בריאות הנפש בעולם כולו מנסות למצוא דרך למזער את השימוש באמצעים אלה, מתוך ראיה קלינית הומנית.

בהלימה ל״עמוד האש״ המשרדי של ראית המטופל במרכז ומתוך הבנה כי השימוש באמצעים של הגבלה מכנית ובידוד במערכת בריאות הנפש היא סוגיה מערכתית ולא נקודתית, ביום 24.5.16 מונתה על ידי ועדה לצמצום ההגבלה המכנית בישראל בראשות ד״ר בעז לב, אשר התבקשה להמליץ על דרכים ותוכניות התערבות לצמצום עד כדי מניעת הצורך בשימוש באמצעי זה.

ביום 29.5.2017 הגישה הוועדה דו״ח מקיף ומפורט הכולל מסקנותיה והמלצותיה כשהעיקרון המוביל הוא כי צמצום השימוש באמצעים אלה חיוני להבטחת כבוד המטופל, בריאותו ורווחתו, ועולה בקנה אחד עם אקלים בטוח ומקצועי במחלקות האשפוז הפסיכיאטרי.

הדו״ח כולל המלצות רבות, חלקן ניתנות ליישום מיידי וחלקן האחר דורש ביצוע שינויים מבניים, תקציבים ונורמטיביים (תיקוני חקיקה ותקנות).

<u>חוזר זה הינו צעד ראשון ממכלול נדרש והוא מהווה את המשך הדרך לשינוי אותו הובלתם אתם, הרופאים וצוותי הטיפול במחלקות.</u>

הנחיות חוזר זה נכתבו ברוח המלצות הוועדה ובהלימה לתשתית הקיימת.

בליבת חוזר זה – מיקוד והגדרה של תנאים ברורים ומחמירים אשר רק בהם יתאפשר שימוש באמצעים של הגבלה מכנית ובידוד, תוך קביעת מערכת בקרה ודיווח מובנים לתהליך.

החוזר ייבחן בתום תקופה של שנה אשר בסיומה ייבחן הצורך והדרכים לעדכונו.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת הנוגעים בדבר במוסדכם ולוודא כי יפעלו בהתאם.

בכבוד רב,

משה בר סימן טוב

העתק: ח״כ הרב יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות
47527918

1. <u>כללי</u>

הגבלת מכנית של מטופל או בידודו הינם אמצעים קיצונים, ועל המערכת לשאוף לצמצום השימוש באמצעים אלה ככל האפשר. יש לייחד שימוש באמצעים אלה למקרים חריגים ביותר, במידה הנדרשת בלבד, <u>ורק לצורך מניעת סכנה פיזית ממשית מיידית למטופל או זולתו.</u>

אין לבצע הגבלה מכנית או לבודד מטופל במקרים הבאים:

1.1. כאמצעי ענישה;

1.2. כאמצעי חינוכי;

1.3. לעיצוב התנהגות;

1.4. כאמצעי הרתעה באלימות מילולית;

1.5. באי שקט פסיכומוטורי שאינו מסכן את המטופל או את סביבתו;

1.6. בסירוב למלא הוראות;

1.7. בסירוב ללקיחת טיפול תרופתי;

1.8. באי הסכמה לאשפוז;

1.9. במחסור בכ"א במשמרת;

1.10. כאמצעי משמעת;

למען הסר ספק, אין לבצע הגבלה או בידוד, גם לא לבקשת מטופל כאשר לא מתקיימים התנאים המהותיים להוצאת הוראת הגבלה כמפורט להלן בחוזר זה.

2. <u>מטרה</u>

סעיף 34 לחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א 1991 (להלן – "החוק") יחד עם הוראות פרק ד' לתקנות טיפול בחולי נפש, התשנ"ב 1992 (להלן – "התקנות") מסדירים את המסגרת החוקית לשימוש באמצעים אלה. חוזר זה בא להוסיף למפורט בחוק ובתקנות, הבהרת הדברים, חידודם והוספת דרישות נוספות לעניין פיקוח ובקרה על התהליכים, ואינו גורע בשום אופן מהאמור שם. כן מפרט חוזר זה לגבי פעולות מניעה והכשרה בתחום.

3. <u>הגדרות</u>

3.1. "אחות אחראית" - אחות אחראית למחלקה או אחראית למשמרת (כאמור בתקנה 1 לתקנות).

3.2. "אחות ממונה" - אחות שמונתה בכתב על ידי האחות האחראית לביצוע הוראה להגבלה מכאנית או לבידוד ולטיפול במטופלים שניתנה לגביהם הוראה כאמור (כמפורט בתקנה 22 לתקנות).

3.3. "רופא תורן" - רופא שהוסמך לשמש רופא בפועל ואחראי על הטיפול השוטף במחלקה של מוסד רפואי בתקופה שמעבר לשעות העבודה, החל מתום יום העבודה ועד תחילת יום העבודה שלמחרת.

3.4. "פנקס" - פנקס שבו נרשמות הוראות מיוחדות להסתכלות, השגחה, בידוד והגבלה מכנית(כאמור בתקנה 1 לתקנות).

3.5. "מנהל מקרה" - איש צוות שהינו בעל רישיון באחד ממקצועות הבריאות שמונה על ידי מנהל המחלקה להיות מנהל מקרה.

3.6. "הגבלה מכנית" - קשירה, כמשמעות המונח בסעיף 34 לחוק בתנאים כמפורט בתקנה 28 לתקנות.

3.7. "בידוד" - שהות בחדר שיועד לכך (כאמור בתקנה 27 לתקנות) כאשר אין לחולה אפשרות לצאת מחדר זה על פי רצונו.

3.8. "הוראת הגבלה" - הוראה להגבלה מכנית או לבידוד.

3.9. "הגבלת מטופל" בחוזר זה - הגבלה מכנית או בידוד של מטופל.

3.10. "מנהל מחלקה"- רופא מומחה בפסיכיאטריה שמונה להיות מנהל מחלקה.

3.11. "מנהל בית חולים" - מנהל המרכז הרפואי לבריאות הנפש, או סגנו. בבית חולים כללי שיש בו מחלקות אשפוז פסיכיאטריות- מנהל המערך הפסיכיאטרי בבית החולים או סגנו.

4. <u>מטופלים בסיכון גבוה</u>

4.1. אחת הדרכים לצמצום הצורך בשימוש באמצעים של הגבלה מכנית או בידוד היא איתור וזיהויי של מטופלים בסיכון גבוה, כלומר מטופלים בעלי פוטנציאל להוות סיכון פיזי חמור ומיידי לעצמם או לזולתם, והתערבות מניעתית מוקדמת.

4.2. באחריות מנהל בית החולים ומנהלת הסיעוד לקבוע וליישם הנחיות ונהלים לזיהוי ולהתערבות מוקדמים במטופלים בסיכון גבוה ולקבוע תכניות טיפול במטופלים בסיכון גבוה שתכליתן למנוע הידרדרות למצבי קיצון.

4.3. הנהלת בית החולים תקיים אחת לשנה הכשרות לצוות המטפל להתערבות טיפולית במטופלים בסיכון גבוה. הכשרה זו הינה חובה לכל עובד חדש במערכת.

5. <u>הגבלה מכנית ובידוד – תנאים מהותיים</u>

5.1. הוראה להגבלה מכנית או בידוד של מטופל ("הוראת הגבלה") תינתן על פי שיקול דעת רפואי, במידה הנדרשת בלבד, <u>ורק לצורך מניעת סכנה למטופל או זולתו.</u>

5.2. אין להוציא הוראת הגבלה במצב של חשש לא וודאי למסוכנות. ניתן להוציא הוראת הגבלה רק כאשר קיים חשש, ברמת ודאות גבוהה, לסכנת חיים או לפגיעה חמורה במטופל או בזולתו.

5.3. ככלל יש להעדיף בידוד על פני הגבלה, אולם חשוב לזכור כי כאשר קיימת חלופה זמינה וסבירה שפגיעתה במטופל, בכבודו ובבריאותו פחותה, יש להעדיפה.

5.4. הגבלת מטופל תהיה קצרה ככל שניתן ותופסק, על ידי רופא או אחות אחראית (תוך עדכון הרופא) או מי מטעמה, מיד כאשר התנאים להוצאת הוראת ההגבלה תמו.

6. <u>עקרונות</u>

6.1. הוצאת הוראת הגבלה או הארכתה יעשו רק על סמך בדיקה רפואית ורק אם מצא הגורם המוסמך כי מתקיימים, או ממשיכים להתקיים, התנאים המהותיים להוצאת ההוראה כאמור בפרק 5 לעיל.

6.2. בשום מקרה, גורם מוסמך, אינו רשאי לתת הוראת הגבלה מראש לביצועה בזמן עתידי.

6.3. רופא או אחות אחראית, מוסמכים לבטל כל הוראת הגבלה שניתנה (בכלל זה הוראה שאושרה על ידי מנהל בית החולים כמפורט להלן) אם מצאו שהפסיקו להתקיים התנאים המהותיים להוצאתה. ביטול הוראה על ידי אחות אחראית ידווח בהקדם האפשרי לרופא.

6.4. בכל מקרה של הארכת הוראת הגבלה ייבדק המטופל על ידי רופא. במסגרת בדיקה זו תעשה הערכה חוזרת וחדשה לגבי המשך התקיימות התנאים המהותיים להוצאת ההוראה ותבחן האפשרות לביטולה.

6.5. במידת האפשר ובהתאם למצב המטופל, כחלק מהבדיקה, יעשה ניסיון להפסיק את ההגבלה בצורה מבוקרת ובסביבה מוגנת. כאשר נכשל ניסיון לשחרר מטופל לזמן קצר, אין בכך כדי לקטוע את מניין שעות ההגבלה המצטברות, בכל הנוגע למדרג ההרשאות הנדרש בחוזר זה.

7. <u>תהליך</u>

7.1. <u>הוראת רופא להגבלה</u>:

1) רופא רשאי, על סמך בדיקה רפואית, לתת הוראת הגבלה לפרק זמן שלא יעלה על שעה אחת והוא רשאי להאריך הוראה זו, לפרק זמן של שעה אחת נוספת (סה"כ שעתיים לכל היותר מתחילת ההגבלה). במקרה בו מדובר במטופל שכבר הוגבל פעם אחת ב – 24 השעות האחרונות, על הרופא, לאחר מתן ההוראה החוזרת ובתוך פרק הזמן של השעה הראשונה, להתייעץ מיידית עם רופא כונן או רופא מומחה שאינו הכונן.

2) סבר רופא שיש צורך להאריך הוראת הגבלה מעבר לפרק זמן של שעתיים, יפנה לרופא כונן או לרופא מומחה שאינו הכונן, כדי שזה יעריך את הצורך בהמשך ההגבלה. הכונן או המומחה רשאים, לאשר את המשך ההגבלה עד לפרק זמן שלא יעלה על 4 שעות ורשאים להאריך ההוראה לפרק זמן של 4 שעות נוספות. [סה"כ לא יותר מ–10 שעות מתחילת ההגבלה].

7.2. <u>הוראת הגבלה שהחלה בהחלטת אחות</u>:

1) בהעדר אפשרות להמתין עד להגעתו של רופא למתן הוראת הגבלה, רשאית אחות אחראית להורות על הגבלת מכאנית של חולה או בידודו, לפרק זמן של 30 דקות לכל היותר ומיד לקרוא לרופא להגיע למחלקה. במקרה זה מוטלת חובה על רופא להגיע באופן דחוף (ההוראה תירשם בפנקס ורשומה סיעודית - נספח א') .

2) בחינת הצורך בהארכת ההגבלה ואישורה <u>יעשו על ידי הרופא</u>. החליט הרופא על הארכת הוראת ההגבלה, רשאי לעשות כן לשעה ולהאריך תקופה זו לתקופה מצטברת של שעתיים מתחילת ההגבלה. הארכת הגבלה מעבר לזמן זה תיעשה בהתאם לסעיף 7.1.2 והוראות ההמשך בעניין.

7.3. <u>הארכת הגבלה עד מעבר ל-10 שעות ועד 24 שעות</u>: סבר הכונן או מומחה שאינו הכונן שיש צורך להאריך את הוראת ההגבלה מעבר לפרק זמן של 10 שעות, יפנה למנהל מחלקה כדי שזה יעריך את הצורך בהמשך ההגבלה. מנהל מחלקה רשאי לאשר הארכות נוספות של הוראת ההגבלה לפרקי זמן שלא יעלו על 4 שעות בכל פעם ועד ל-24 שעות מתחילת ההגבלה.

7.4. <u>הארכת הגבלה מעבר ל-24 שעות</u>:

1) סבור מנהל מחלקה שיש להאריך את הוראת ההגבלה מעבר לפרק זמן של 24 שעות, יפנה למנהל בית החולים כדי שזה יעריך את הצורך בהמשך ההגבלה ולאשרו.

2) אישר מנהל בית חולים המשך הגבלה מעבר לפרק זמן של 24 שעות, מנהל מחלקה, כונן או רופא מומחה שאינו הכונן, יהיו רשאים לאשר הארכת הוראת ההגבלה לפרקי זמן נוספים שלא יעלו על 4 שעות בכל פעם ובלבד שכל 24 שעות יאושר המשך ההגבלה על ידי מנהל בית החולים.

3) אישר מנהל בית החולים הארכת הוראת הגבלה כאמור, ידווח על כך לפסיכיאטר המחוז ולמנהל המערך הקליני באגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות (נספח ג' וכמפורט בפרק תיעוד ודיווח שלהלן) וכן יפעל לקיים היוועצות עמיתים (clinical peer review) עם לפחות שני מומחים בכירים ממרכז רפואי אחר תוך 24 שעות, ככל שההגבלה נמשכת. במסגרת היוועצות העמיתים תבחנה נסיבות ההגבלה, השיקולים הקליניים להגבלה ויושם דגש לבחינת חלופות, תוך תיעוד האמור ברשומה של המטופל.

4) היוועצות עמיתים נוספת תבוצע בהתאם לשיקול דעתו של מנהל בית החולים ככל שהגבלת המטופל תמשך.

7.5. כל אירוע הגבלה ידון במסגרת דיון פנים מוסדי תוך 72 שעות ממועד ההגבלה / בידוד, להפקת לקחים ובחינת דרכים למניעת הישנות.

8. <u>ביצוע הוראת הגבלה</u>:

8.1. על האחות האחראית או האחות הממונה מוטלת האחריות לביצוע הוראת ההגבלה שניתנה על ידי רופא ולתעד את הוצאתה וביצועה ברשומה הסיעודית ובפנקס ידני / ממוחשב (נספח א').

8.2. מנהל מקרה יעודכן, בהקדם האפשרי על מתן הוראת הגבלה.

8.3. הגבלה מכנית תעשה:

8.3.1. בחדר יעודיי ובתנאים העונים על דרישות תקנה 20 לתקנות.

8.3.2. בחדר הייעודי יהיו הסדרים שימנעו ממטופלים אחרים גישה למקום כאשר נמצא בו מטופל מוגבל.

8.3.3. בעזרת ציוד מתאים המאושר למטרה.

8.3.4. בשיתוף צוות רב מקצועי ככל הניתן.

8.3.5. על ידי או בנוכחות בן אותו מגדר במהלך ביצוע ההגבלה, ככל האפשר.

8.4. מטופל יבודד בחדר מיוחד שיועד לכך שבו יהיו סדרי בטיחות מתאימים. חדר הבידוד יאכלס אך ורק מטופל אחד בו זמנית.

8.5. בסמוך ככל האפשר לביצוע ההגבלה, אחות אחראית או אחות ממונה ייקחו מהמטופל כל חפץ מסוכן ויפעלו למניעת קבלת חפצים מסוכנים במהלך תקופת ההגבלה (תקנה 32 לתקנות).

9. <u>הבטחת בטחון המטופל, מצבו הנפשי וכבודו במהלך ההגבלה</u>:

9.1. איש צוות אשר הוסמך לכך ע"י מנהל המחלקה או מי מטעמו, יסביר במועד המוקדם ביותר האפשרי, למטופל את הצורך והסיבות להגבלה מכנית כאשר המטופל כשיר לתקשורת מילולית.

9.2. יש לידע בהקדם האפשר (ובהתאם לנסיבות) בן משפחה, אפוטרופוס, או אדם אחר קרוב למטופל אודות ההגבלה, אלא אם מתנגד לכך המטופל או שקיימות נסיבות אחרות המצדיקות אי דיווח כאמור.

9.3. לאורך כל זמן ההגבלה, יש להבטיח למטופל תנאי נוחות בסיסית לרבות אוכל, שתיה, יציאה לשירותים.

9.4. יש להבטיח את פרטיות המטופל ואת צנעת גופו במהלך ההגבלה.

9.5. ביקורים אצל מטופל הנמצא בבידוד או בהגבלה מכנית יתאפשרו בהסכמת המטופל, ע"פ שיקול דעת רופא ובפיקוח האחות האחראית או האחות הממונה (תקנה 33 לתקנות).

9.6. יש ליידע את המטופל בדבר זכותו להתלונן לבדו או באמצעות אחר על אירוע הגבלה שעבר ובכלל זה בפני אחראי לזכויות המטופל במוסד רפואי או אצל נציב קבילות למקצועות רפואיים.

9.7. באחריות אחות אחראית /אחות ממונה לגשת:

1) למטופל המוגבל ולבדוק את מצבו אחת לחצי שעה לפחות, אלא אם הורה הרופא על בדיקה תכופה יותר ולוודא במהלך כל ההגבלה שניתן מענה לצרכיו (נספח ב').

2) למטופל הנמצא בחדר בידוד ולבדוק את מצבו אחת לשעה (במידה ומצבו אינו מסכן את הצוות).

9.8. אחות אחראית/אחות ממונה תבצע כל שעתיים הערכת אומדנים למטופל המוגבל:

- מצב ערנות.
- מידת שיתוף הפעולה והצורך בהמשך ההגבלה.
- גפיים (בצקת, צבע, שלמות העור, תנועתיות).
- אומדנים נוספים על פי מצב המטופל, עמידה בתכנית הטיפול הייחודית שלו ושיקול דעת מקצועי של האחות.

9.9. אחות אחראית / אחות ממונה:

1) תבצע במטופל מוגבל מכנית טיפול סיעודי הכולל: שינוי תנוחה, סיפוק צרכים, ודאגה לנוחיותו ורווחתו של המטופל.

2) תדווח לרופא על כל שינוי מהותי במצבו של המטופל.

10. <u>תיעוד ודיווח</u>:

10.1. כל הוראת הגבלה, הארכתה או החלטה על סיומה וכן כל בדיקה במהלך תקופת ההגבלה, חייבים בתיעוד, על ידי הרופא או האחות לפני העניין. ברשומת המטופל יש לתעד בצורה מפורטת את נסיבות הפעלת שיקול הדעת בכל הנוגע להוצאת הוראת הגבלה או ביטולה, מצב המטופל בעת בדיקתו העיתית במהלך ההגבלה, וכל מידע רלוונטי נוסף (כגון אירועים חריגים בעת ביצוע ההוראה או במהלכה). בנוסף וכנדרש בתקנה 20 לתקנות, פרטי ההוראה או החלטה על ביטולה ירשמו בפנקס הוראות (ידני / ממוחשב) – (נספח א').

10.2. במקרה של אישור הארכת הוראת הגבלה על ידי מנהל בית חולים מעבר לפרק זמן של 24 שעות, ידווח על כך מיידית לפסיכיאטר המחוז ולמנהל המערך הקליני באגף בריאות הנפש במשרד (נספח ג') וכן יעביר לבקשת מי מאלה כל מידע נוסף שיידרש על ידם בעניינו של המטופל (בין אם זה נותר תחת הוראת הגבלה ובין אם כבר שוחרר).

10.3. בכל מקרה יש לדווח תוך 24 שעות למנהל המערך הקליני באגף לבריאות הנפש על פציעה, פגיעה, או אירוע חריג אחר במהלך ההגבלה.

10.4. מנהל בית החולים או מי מטעמו ידווח אחת לרבעון את נתוני ההגבלה ומשך שהיה של מטופלים בהגבלה, למחלקה למידע והערכה ולמנהל הקליני באגף לבריאות הנפש (נספחים ד'ה').

10.5. הרופא התורן בבית החולים יעדכן בשעות הערב את מנהל בית החולים על מצב ההגבלות בבית החולים.

10.6. הדיון הפנים מוסדי יתועד ברשומה ייעודית.

11. <u>מקרים מיוחדים</u>:

11.1. <u>מחלקות ייעודיות</u>:

מחלקות ייעודיות לטיפול באוכלוסיות בעלות מאפיינים וצרכים יחודיים רשאיות לפעול בסטיה מהמפורט בחוזר זה ככל שמדיניות הטיפול שנקבעה על ידם לעניין זה אושרה על ידי מנהל בית החולים וראש האגף לבריאות הנפש בכתב ומראש אם נמצא שישנם שיקולים ראויים המצדיקים זאת, ובלבד שאין במדיניות זו כדי לסטות מהמפורט בחוק ובתקנות.

11.2. <u>אישור פרטני חריג</u>:

במקרים פרטניים שנסיבותיהם הייחודיות מצדיקות סטיה מהמפורט בחוזר זה, ניתן יהיה לבקש אישור פרטני מפסיכיאטר המחוז, שלא לפעול בהתאם להוראה כלשהי בחוזר זה (אך לא ניתן לקבל אישור לפעול שלא בהתאם לחוק או לתקנות).

<u>נספחים</u>:

נספח א' - פנקס רישום הוראות להגבלה מכנית / בידוד מטופלים (תקנה 20 לתקנות טיפול בחולי נפש)

נספח ב' - טופס מעקב אחר מטופל בהגבלה/בידוד

נספח ג' - טופס דיווח על הגבלה מכנית /בידוד של מטופל מעל 24 שעות

נספח ד' - טופס דיווח נתוני הגבלה מכנית/בידוד

נספח ה' - טופס דיווח משך שהייה של מטופלים בהגבלה מכנית/בידוד

נספח מש/2

העתק סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש (2016)

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

לחיים בריאים יותר

משרד הבריאות

סקר חווית המטופל במרכזים לבריאות הנפש

ממצאי הסקר הראשון

אגף השירות

מינהל איכות, בטיחות ושירות



תקציר מנהלים

בחציון הראשון של שנת 2015 הוביל משרד הבריאות סקר ראשון מסוגו בישראל שבחן את חווית המטופל באשפוז בבתי חולים לבריאות הנפש. במהלך זה מצטרפת ישראל למדינות ה- OECD בהם מבוצעים סקרי חווית המטופל כבר מספר שנים. הסקר יבוצע מעתה אחת לשנתיים.

שאלון הסקר נבנה על בסיס שאלון חווית המטופל במחלקות אשפוז בתי החולים הכלליים ותוך התאמה לבתי החולים לבריאות הנפש באמצעות ועדת היגוי ייעודית בה השתתפו נציגים ממשרד הבריאות (אגף השירות ואגף לבריאות הנפש), בעלי תפקידים מדיסציפלינות השונות בבתי חולים פסיכיאטריים, שירותי בריאות כללית ונציגי המטופלים.

מבין הנושאים שנבדקו בשאלון: שביעות רצון כללית מהאשפוז ונכונות להמליץ על בית החולים, יחס צוות המחלקה, מתן מידע והסברים, העצמת המטופל ושיתופו בהחלטות טיפוליות, רצף הטיפול והכנה לקראת השחרור, מגוון הפעילויות במחלקה, סביבה ותנאים פיזיים.

אוכלוסיית המחקר כללה 835 מטופלים מעל גיל 18 המאושפזים למעלה משבועיים ונמצאים לקראת שחרור. נסקרו מטופלים מ-10 מרכזים לבריאות הנפש בישראל (ממשלתיים ושירותי בריאות כללית, ללא מחלקות פסיכיאטריה בבתי חולים כלליים). הסקר נערך בין החודשים ינואר – מאי 2015, בראיונות פנים אל פנים עם המטופלים במחלקות פתוחות וסגורות (ללא מחלקות נוער). אחוז ההיענות עמד על 76%. הסקר בוצע בארבע שפות לפי העדפת המטופל. השאלון הכיל כ-40 שאלות מעולמות תוכן שונים (יחס, מידע, רצף טיפול, העצמת המטופל ועוד). 52% מהמטופלים היו מאושפזים בבתי החולים בפסיכיאטריים למעלה משלוש פעמים בעבר. 70% מהמטופלים אושפזו בהסכמה.

לצורך ניתוח תוצאות הסקר נבנו 6 מדדים על סמך ניתוח גורמים (Factor Analysis) - המדדים מסכמים את עולמות התוכן שנבדקו בשאלון. כל מדד חושב כממוצע של אחוז המטופלים המרוצים (TOP2) בקרב בעלי הדעה בכל אחת מהשאלות הרלבנטיות. כמו כן, נבדקה המהימנות הפנימית של כל מדד (אלפא קרונבך).

המדדים שנבנו ושיעור המרוצים (TOP2) בכל אחד מהם: מדד טיפול צוות האחיות (86%), טיפול צוות הרופאים (86%), טיפול הצוות (91%), מתן מידע ע"י הצוות (67%), תהליך השחרור (50%), תנאים פיסיים (78%). בנוסף נבחנו שתי שאלות באופן רוחבי (בסוגריים מצוין אחוז מדרגי 8-10): שביעות רצון כללית (68%) והנכונות להמליץ על בית החולים (76%).

בהשוואה בין בתי חולים לפי גודלם נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות בתי החולים, כאשר שביעות הרצון הכללית והנכונות להמליץ גבוהים יותר בבתי החולים הקטנים.

בהשוואה בין סוגי המחלקות, בכל הפרמטרים שנבדקו המחלקות הפתוחות מקבלות ציונים גבוהים יותר בהשוואה למחלקות הסגורות.

68% מהמטופלים דירגו את שביעות הרצון הכללית שלהם מהאשפוז בציונים 8-10, ואילו 16% היו מאוד לא מרוצים ודירגו את השאלה בציונים 1-5.

החוזקות של בתי החולים לבריאות הנפש, כפי שעולות בסקר, הן יחס הצוות (אחיות, רופאים) למטופלים, התייחסות לשאלות ולחששות והרגשת המטופלים שהצוות המטפל מאמין ביכולתם להשתקם ועושה הכל כדי לעזור להם.

86% מהמטופלים דיווחו על רמה גבוהה או גבוהה מאד של טיפול האחיות והרופאים במחלקה.

93% סבורים שהרופאים והאחיות התייחסו אליהם בכבוד. 92% מהמטופלים מרגישים שהצוות מאמין ביכולתם להשתקם.

יחד עם זאת, מעל חמישית דיווחו כי לא ניתן להם מספיק זמן לדון על מצבם הרפואי עם רופאים ואחיות.

מתן מידע ובהירות ההסברים הוא אחד **האתגרים שעולים מהסקר**. 42% מהמטופלים לא הבינו באופן מלא את תוכנית הטיפול שלהם, כאשר 15% מרגישים שלא הבינו כלל את תוכנית הטיפול שלהם. רבע מהמטופלים הרגישו שלא שיתפו אותם באפשרויות הטיפוליות כלל. כמו כן, רבע מהמטופלים מרגישים שלא הבינו את ההסברים של הרופאים והאחיות על הטיפול והתרופות.

אתגר נוסף הוא מחסור בפעילויות בעיקר אחר הצהריים ובסופי שבוע. 60% מהמטופלים מרגישים שלא היו מספיק פעילויות זמינות עבורם אחר הצהריים ובסופי שבוע. השאלה קיבלה את הציון הנמוך ביותר בסקר.

תהליך השחרור גם עולה כאתגר מרכזי כאשר רק שני שליש מהמטופלים יודעים מה השלב הבא בטיפול לאחר השחרור שלהם, 57% מרגישים שהתוכנית הטיפולית ותהליך השיקום מתאימים לצרכים שלהם באופן מלא ו-61% חושבים שלא הסבירו להם על הזכויות שלהם לאחר השחרור באופן מלא.

מדד התנאים הפיסיים מקבל ציונים גבוהים עם 78% מרוצים. 80% מרוצים מנוחות החדר, מהשקט בשעות הלילה ומרמת הניקיון במחלקה. האוכל נתפס כחולשה כש-40% מהמטופלים לא שבעי רצון מהאוכל המוגש. קיימות שונות משמעותית בין בתי החולים במדד זה.

בבחינת הגורמים המשפיעים על השונות בשביעות הרצון המטופלים השונים, נמצא במודל רב משתני כי לטיפול בכפייה השפעה קריטית על החוויה הכוללת. ציון שביעות הרצון הכללית של מטופלים בכפייה הוא 58% מרוצים אל מול 72% בקרב מטופלים שלא טופלו בכפייה במהלך האשפוז. שיעור המטופלים שטופלו בכפייה עומד על 28% וכולל מטופלים שנקשרו או ששהו בחדרי בידוד.

מטופלים שזהו האשפוז הראשון שלהם מרוצים יותר בהשוואה ליתר המטופלים בכל המדדים. ברוב הפרמטרים שנבדקו, בתי החולים הקטנים מקבלים ציונים גבוהים יותר. המטופלים במחלקות פתוחות מרוצים יותר בהשוואה למטופלים במחלקות סגורות.

משך האשפוז שנתפס כסביר בעיני המטופלים עומד על ציון של 33 ימי אשפוז.

תוצאות הסקר מהוות חלק ממדידה רציפה של חווית המטופל במערכת הבריאות בישראל. השאלון נמצא תקף ומנבא היטב את חווית הטיפול בבתי החולים בישראל. נמצא כי שביעות הרצון הכללית הינה גבוהה, ויחד עם זאת, נמצאו הנושאים בהם יש להתמקד במטרה לשפר את חווית הטיפול. מתן מידע והסברים לציבור המטופלים, תהליך השחרור ושיתוף המטופל בתהליכי קבלת ההחלטות נמצאו חסרים בכל בתי החולים ובכל סוגי המחלקות. יש לייצר תרבות ארגונית בה המטופל שותף ומעורב בטיפול ומקבל את הכלים והאינפורמציה הרלוונטיים למצבו הבריאותי. יש להשקיע ברצף הטיפול ובמענה בקהילה כדי לצמצם אשפוזים חוזרים.

הסקר, שהוא ראשון מסוגו במערכת הבריאות בישראל, פוגש לראשונה את המאושפזים בבתי החולים הפסיכיאטריים ונותן במה לתחושותיהם בהקשר לפרמטרים רבים הקשורים באשפוז אותו חוו בבית החולים. אנו מאמינות כי מהלך זה של שיתוף והעצמת המטופל הפסיכיאטרי, יהפוך בעתיד את המטופלים לבעלי יכולות טובות בהערכת השירותים הניתנים להם על ידי השירות הפסיכיאטרי בישראל, ויצור מציאות בה המטופלים שותפים לטיפול בהם וקובעים ביחד עם הצוותים את סדר היום בבתי החולים הפסיכיאטריים, תוך התחשבות בביקורת שהביעו בסקר הנוכחי ובסקרים הבאים אחריו.

נספח מש/3

העתק חוזר חטיבת
המרכזים הרפואיים
הממשלתיים 03/2017
"סיורי בטיחות
במרכזים הרפואיים
הממשלתיים"
(02.07.2017)

2 ליולי 2017
ח׳ תמוז תשע״ז

תחום: איכות ובטיחות
תחום אקרדיטציה: FMS 3,QPS 4, GLD 5
חוזר מספר: 3/2017
סימוכין: 40207417
תוקף: 01.07.17
מספר גירסה: 1

אל: רשימת התפוצה

הנושא: <u>סיורי בטיחות במרכזים הרפואיים הממשלתיים</u>

1. <u>רקע:</u>

ניהול הבטיחות בארגון מושתת על תכנון יסודי, ניהול סיכונים, הדרכה ומודעות. הפעילות ממוקדת במניעה יזומה ושיפור מתמיד.

סיור (סבב) בטיחות הינו תהליך שיטתי של איתור סיכונים במוסד הרפואי, במהלכו נבחנים נהלים ותהליכים שונים בתחום איכות ובטיחות הטיפול, תהליך שמבוצע על ידי הנהלת המרכז הרפואי בשיתוף היחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים בארגון.

בנוהל זה תוגדר שיטה אחידה לביצוע סבבי בטיחות במרכזים הרפואיים הממשלתיים על ידי הנהלת הארגון, תוך הגברת מעורבות הנהלת בית החולים בתחום בטיחות הטיפול, איתור כשלים במחלקה באמצעות שיחה עם הצוות וסיור במחלקה, וביצוע מעקב אחר תיקון הליקויים אשר התגלו במהלכו.

2. <u>מטרות:</u>

2.1 **<u>מטרת על</u>**: שיפור בטיחות המטופל וסביבת העבודה באמצעות ביקורי אנשי היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים והנהלת המרכז הרפואי במחלקות, מרפאות, מכונים ויחידות במרכז הרפואי.

2.2 **<u>מטרות משנה</u>**:

2.2.1 שיפור בטיחות המטופל והטיפול.

2.2.2 שיפור בטיחות סביבת העבודה.

2.2.3 ביטוי מחויבות ההנהלה לבטיחות המטפל והמטופל.

2.2.4 הטמעת תרבות ארגונית המקדמת בטיחות המטפל והמטופל והגברת המודעות לתחום.

2.2.5 הזדמנות לאיתור כשלים קיימים ופוטנציאליים ופתרונם.

2.2.6 הזדמנות לחשיפה ולימוד הצוותים בנושאים שונים של בטיחות המטופל.

2.2.7 בניית תקשורת דו-כיוונית בין אנשי צוות ואנשי ההנהלה בנושאים הקשורים לבטיחות המטופל והמטפל ו״דילוג״ על הפער בין ההנהלה לעובדים בשטח.

2.2.8 חשיפת נציגים מכלל סגל ההנהלה לתחום בטיחות המטופל והמטפל והטמעתו בשטח.

2.2.9 חיזוק והטמעת המודעות לנושאי בטיחות נוספים כמו בטיחות אש.

2.3 **יעדים:**

2.3.1 בצוע סבבי בטיחות על בסיס קבוע, תוך תעדוף מחלקות עתירות סיכון במרכז הרפואי.

2.3.2 העלאת מודעות הצוותים לנושאי בטיחות המטופל והמטפל.

2.3.3 חינוך הצוותים לתפיסה של בטיחות המטופל והמטפל ו"דיווח ללא ענישה".

2.3.4 העלאת שיעור הדיווחים על אירועים חריגים ו"כמעט אירועים".

2.3.5 למידה על "תרבות" שמירת בטיחות המטופל והמטפל במחלקות וביחידות השונות.

2.3.6 צפייה בשגרת העבודה ובסביבת העבודה במחלקות, בהיבטי בטיחות המטופל והמטפל ובטיחות הטיפול וכן בהיבטים נוספים (בטיחות אש, בעיות תחזוקה, אחזקת שבר ועוד).

2.3.7 ראיונות וקבלת מידע מהצוותים המטפלים בנוגע לבעיות הקשורות לבטיחות המטופל והמטפל, איכות הטיפול הרפואי ותרבות הבטיחות במחלקה.

2.3.8 פיתוח תכניות התערבות מתאימות לשיפור.

3. תחולה:

3.1 כלל המרכזים הרפואיים הממשלתיים הכפופים לחטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים.

3.2 כלל העובדים במרכז הרפואי.

3.3 צוותים מנהלים ומובילי בטיחות מחלקתיים.

3.4 המחלקה לתשתיות ולוגסטיקה.

3.5 חברי היחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים.

4. אחריות וסמכות

4.1 האחריות ליישום נוהל זה חלה על כלל המרכזיים הרפואיים הממשלתיים.

4.2 הנהלת המרכז הרפואי אחראית לקביעת מדיניות כוללת של איכות ובטיחות.

4.3 היחידה לניהול סיכונים שותפה לקביעה והטמעת מדיניות בטיחות הטיפול והמטופל.

5. הגדרות

5.1. **"בטיחות" (safety)**- שליטה בסיכונים, וצמצום (הפחתה) של סיכונים, באתר או בתהליך מסוים. מכלול הפעולות שתכליתן לקיים רמת סיכונים קבילה ביחס למשימה ולנסיבות.

5.2. **"סיור בטיחות"/ "סבב בטיחות"** - תהליך שיטתי של איתור סיכונים במוסד הרפואי, במהלכו נבחנים נהלים ותהליכים שונים בתחום איכות ובטיחות הטיפול, תהליך שמבוצע על ידי המרכז הרפואי בשיתוף היחידה לבטיחות הטיפול וניהול סיכונים בארגון.

5.3. **"ניהול סיכונים" (risk management)**- תהליך רב שלבי מובנה ושיטתי לזיהוי, להערכה ולבקרה של סיכונים, במטרה לבטלם או לפחות לצמצמם במידת האפשר.

5.4. **"גורם סיכון" (risk factor, hazard)**- גורם שיש בו פוטנציאל לגרימת פגיעה בבריאות או נזק אחר לאדם, לרכוש או לסביבה.

5.5. **"מפגע" (obstacle)**- מצב או מכשול הצפוי לגרום פגיעה בבריאות לאדם, או נזק לרכוש או לסביבה.

5.6. **"סיכון בטיחותי" (safety risk)**- צירוף של ההסתברות או השכיחות של התרחשות אירוע הגורם לפגיעה או לנזק, ושל חומרת התוצאות הצפויות מהתרחשותו של אירוע זה.

5.7. **"אחריות"** - במסמך זה הכוונה לאחריות כוללת במובן של – responsibility וגם במובן של accountability (אחריות הדיווח).

5.8. **"היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים"**-היחידה אשר אחראית על התחום מטעם מנהל המרכז הרפואי.

6. מדיניות:

ניהול הבטיחות מושתת על תכנון יסודי, על ניהול סיכונים, על הדרכה ועל מודעות.
פעילות הבטיחות ממוקדת במניעה יזומה ובשיפור מתמיד. השאיפה לאיכות ולמצוינות מחייבת, הדרכה, בקרה, דיווח, הפקת לקחים ולמידה ארגונית, וזאת ע"י יצירת שפה משותפת בין הגורמים השונים, הצבת יעדים, מדדים אחידים ,וקיום מערכת מדידה כמערכת ניהולית ולא רק כמערכת בקרה.

7. שיטה:

7.1. ארגון ותיאום:

7.1.1.הארגון והתיאום הינם באחריות היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים במרכז הרפואי.

7.1.2. יש לתאם את הביקורים מול מנהל/ת המחלקה ומנהל/ת הסיעוד המחלקתית.

7.1.3.משך ביקור ממוצע- כשעה וחצי.

7.1.4.מספר ביקורים לשנה- יוגדר עבור כל מרכז רפואי לפי תחומו ולפי גודלו לפי קריטריונים של: (high risk, high volume, high frequency).

7.2. הרכב המשתתפים:

7.2.1. מנהל/ת המרכז הרפואי ו/או סגן /סגניתו- השתתפות בחלק מהסבבים כפי שיוגדר עבור כל מרכז רפואי.

7.2.2. מנהל/ת הסיעוד במרכז הרפואי ו/או סגניתו/ה.

7.2.3. מנהל/ת אדמיניסטרטיבי/ת או מי מטעמו/ה.

7.2.4. ממונה אקרדיטציה מובילי צוותים רלוונטיים באקרדיטציה.

7.2.5. צוות היחידה לבטיחות המטופל וניהול סיכונים/ממונה בטיחות.

7.2.6. משתתפים מטעם המחלקה – לפחות מנהל/ת המחלקה ואח/ות אחראית.

7.2.7. ניתן להוסיף: נציג היחידה למניעת זיהומים, נציג בית מרקחת , ממונה בטיחות או נאמן בטיחות.

7.3. מהלך הביקור:

7.3.1. הקדמה- הצגת המשתתפים ומטרות הביקור

7.3.2.שיחה (נושאים / שאלות שחובה להעלותם, אם לא עלו במהלך השיחה):

7.3.2.1. ציון אירוע חריג ו"כמעט אירוע" משישת החודשים האחרונים. מה הלקחים שהופקו

ממנו (כולל התייחסות ללמידה ארגונית), האם האירוע הוצג או נדון בישיבת צוות או בפורום אחר.

7.3.2.2. ציון טעות או 'כמעט טעות' בתחום בטיחות הטיפול התרופתי.

7.3.2.3. ציון כשל בתחום תקשורת מעברים (העברת מטופל למחלקה אחרת / יחידה אחרת, העברת/קבלת מטופל לחדר ניתוח וממנו, העברת תורנות, העברת משמרת).

7.3.2.4. העלאת נושא יעדי הבטיחות הבינלאומיים

INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS: זיהוי מטופל, תהליך שיפור יעילות התקשורת בע"פ , בדיקת מעבדה חריגה, תרופות בנות-סיכון , הניתוח הנכון למטופל הנכון בצד הנכון, מניעת זיהומים ,מניעת נפילות.

7.3.2.5. נושאים נוספים- כגון מתן דם, מתן הסכמה מדעת, "אירועי בל יקרו", דיווחי כמעט אירוע, היגיינת ידיים, זיהוי מטופל, העברת מחלקה- רופאים ואחיות, העברת מידע בין הצמתים (ISBAR) אירוע אלימות, אובדנות, בריחות, אירועי קשירות חריגים.

7.3.2.6. ציון סיכוני בטיחות לצוות ולמטופל בסביבת העבודה (תהליכים, נהלי עבודה וסיכונים פיזיים).

7.3.2.7. הצעות לשיפור בטיחות המטופל במחלקה / יחידה.

7.3.2.8. ראיונות עובדים (בהתאם לנדרש במודל הלאומי).

7.4. **<u>סיור במחלקה יכלול התייחסות לנקודות הבאות:</u>**

7.4.1. ניקיון כללי

7.4.2. עגלת החייאה

7.4.3. אחסון תרופות: ניטור טמפרטורה בחדר, ניטור טמפרטורה במקרר, בדיקת פגי תוקף ,המיקום, הסימון והאחסון של תרופות בנות סיכון, בקיאות הצוות בנהלי התרופות, רישום וסימון תרופות בעלות מראה או שם דומה (LASA) , רישום מועד פתיחה על גבי מכלי תרופות.

7.4.4. מניעת זיהומים- בקיאות אנשי הצוות בנוהל היגיינת ידיים, קיומם של מכלים לחיטוי ידיים בסביבת המטופל.

7.4.5. בטיחות אש- בקיאות בנהלי כיבוי אש, תוקף מטפים, תקינות דלתות אש, יציאות חירום.

7.4.6. פינוי פסולת והפרדתה.

7.4.7. שמירת זכויות החולה- פרטיות / סודיות.

7.4.8. בהתאם לסוג המחלקה- שמירה על בטחון המטופלים – כלפי עצמם/ וכלפי אחרים.

7.4.9. בדיקת רשומות – אופציונלי.

7.4.10. ליקויי בטיחות תשתית – פגיעות במבנה ובתשתית.

7.4.11. אחסון חומרי נקיון וחומרים רעילים אחרים, שאינם תרופות, עבודה לפי כללי Material Safety Data- MSDS

7.5. **<u>סיכום הביקור:</u>**

7.5.1. סיכום הביקור והממצאים יועברו למנהל/ת המחלקה ולמנהל/ת הסיעוד המחלקתי/ת תוך 14 יום מהביקור, עם העתקים למנהל/ת המרכז הרפואי, למשנה למנהל/ת המרכז הרפואי ומנהל/ת הסיעוד.

7.5.2. בסיכום תהיה התייחסות לכלל הממצאים שהועלו, כולל הצעות לפתרון. במידה ולא ניתן לטפל בממצא מסוים- הדבר יצוין בסיכום.

7.5.3. שימו לב כי המודל הלאומי כולל פורמט ייעודי לדיווח למשרד הבריאות.

7.5.4. התייחסות לממצאים תועבר על ידי מנהל/ת המחלקה תוך 14 יום מקבלתם.

7.5.5. האחריות לטיפול בממצאים שאינם באחריות מנהל/ת המחלקה תוגדר על ידי היחידה לניהול סיכונים תוך קביעת לוח זמנים רצוי לתגובה.

7.5.6. במידת הצורך יקבע סיור חוזר במחלקה.

8. <u>דגשים:</u>

8.1. בטיחות טיפול היא ערך ארגוני ומהווה נדבך מרכזי בתרבות הארגונית של המרכזיים הרפואיים

8.2. על כלל הצוותים להיות שותפים ביישום לקחי למידה בעקבות סיורי הבטיחות על מנת להטמיע תרבות ארגונית מקדמת בטיחות.

8.3. היעד הכמותי למספר הסבבים בשנה יקבע מדי שנה על ידי החטיבה בתוכניות עבודה.

אבקש להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

בכבוד רב,

ד"ר אורלי וויינשטיין

ראש חטיבת המרכזים הרפואיים הממשלתיים